

NY Foot & Ankle Specialists

652 Suffolk Avenue (Suite 204)

Brentwood, N.Y. 11717

Phone: (631) 231-1401

Fax: (631) 273-0125

Website: NYFAAS.com

Acuerdo de Pago de Servicios No Cubierto

Entiendo que los servicios y/o los aparatos obtenidos, no puedan ser cubierto bajo mi plan de seguro medico.

Estoy de acuerdo de pagar la cantidad completa de los servicios no cubiertos. Si los servicios y/o los aparatos se saben de antemano que no serán cubiertos, acepto pagar el mínimo de la mitad del costo, en la fecha del servicio.

Entonces pagaré el balance cuando el servicio sea completo o se reciba el aparato.

Después de ser notificada por la oficina, es mi responsabilidad volver a la oficina para que completen los servicios y/o los aparatos sean entregados en cuestión oportuna.

He leído y acepto el antedicho,

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

OFFICE USE ONLY

Yo _____ atestiguado que el paciente ha leído y firmo el acuerdo. Confirmé verbalmente que entendían el antedicho.

Firma de los miembros de personal: _____ Fecha: _____