

ELECCIONES DE FACTURACIÓN DE CLIENTE

Nombre _____ AZ# _____

Elijo tener todos mis servicios facturados al seguro. Al hacerlo, entiendo que no soy elegible para una tarifa reducida.

- Estoy de acuerdo que todos los servicios suministrados a mí serán facturados a mi compañía de seguros.
- Estoy de acuerdo que MCCFL mutuamente intercambiarán información para los propósitos de facturación a terceros por que soy o puede ser elegible.
- Estoy de acuerdo en asignar a la que quizá tenga derecho hacia el costo del servicio que mi familia o yo pueda recibir todos los beneficios.
- Estoy de acuerdo en pagar mi estimado deducible o copago en el momento de cada cita.
- Estoy de acuerdo que soy financieramente responsable por cargos no cubiertos por mi seguro.

Firma: _____ Fecha: _____

----- OR -----

Elijo a solicitar una tarifa reducida o programa de beca. Al hacerlo, entiendo que mis servicios no facturados al seguro de terceros. Una tarifa reducida requiere la aplicación por separado .

- Me someteré a una aplicación de una tarifa reducida. Si soy elegible recibiré servicios a un costo reducido.
- Estoy de acuerdo en pagar mi cuota reducida al tiempo de cada cita.
- Entiendo que el programa de tarifa reducida tiene una fecha de caducidad y que debo aplicar para el programa de tarifa reducida de manera oportuna con el fin de continuar recibiendo la tarifa reducida.
- Cuando expire mi mandato de tarifa reducida estoy de acuerdo en pagar por servicios a precio completo hasta que solicite una tarifa reducida.

Firma: _____ Fecha: _____

----- OR -----

Estoy de acuerdo en pagar todos los servicios de tarifa completa. No quiero solicitar una tarifa reducida y no quiero MCCFL a facturar mi seguro.

- Estoy de acuerdo en pagar todos los servicios en el momento de cada cita.

Firma: _____ Fecha: _____