

EPE LLC

UROLOGY

JORGE E. ECHENIQUE, MD., F.A.C.S.
DIPLOMATE OF AMERICAN BOARD OF UROLOGY

MANUEL R. PADRÓN, MD
DIPLOMATE AMERICAN BOARD OF UROLOGY

JOSEPH L. ESPOSITO, MD.
DIPLOMATE AMERICAN BOARD OF UROLOGY

NORMAS FINANCIERAS

Gracias por escoger a EPE, LLC. Como su proveedor de salud. Estamos comprometidos que su tratamiento sea un éxito. Por favor comprenda que el pago de su cuenta es considerado parte de su tratamiento. La siguiente es nuestra Norma Financiera, la cual necesitamos que usted **lea y firme** antes de que se inicie su tratamiento.

TODOS LOS CO PAGOS Y DEDUCIBLES SON PAGADEROS EL DIA DE SU VISITA.

ACEPTAMOS: EFECTIVO, CHEQUES, VISA, MASTERCARD Y AMERICAN EXPRESS.

SEGURO: Aceptamos procesar su visita con la compañía de seguro como una cortesía al paciente. De tener dificultades con su compañía de seguro para obtener el pago, le pediremos a usted su cooperación en comunicarse con su compañía de seguro para que este reclamo sea pagado. Para su información, el paciente es responsable de verificar que nosotros participemos como proveedores de servicio para su compañía de seguro.

HMO/REFERIDOS: Es **su** reponsabilidad de obtener el referido necesario de su medico primario, si esto es requerido por su seguro. **Es la responsabilidad del paciente conocer y entender los requisitos de su plan de seguro.** Nuestra oficina **no** es responsable de obtener referidos para los pacientes con planes **HMO**. Si usted llega a la oficina sin su referido, su cita será cancelada y pospuesta hasta que tenga el debido referido.

MENORES DE EDAD: La responsabilidad financiera es del padre o guardián acompañate.

CHEQUES DEVUELTOS: cheques devueltos por cualquiera razón, serán cobrados al paciente con un cargo adicional por cargos bancarios de 5% del valor del cheque o \$25.00 por cargo administrativo (se usara la cantidad más alta)

COBRANZAS: Si hay dificultad en cobrar su cuenta, el paciente o persona responsable asumirá todas los costos de cobranzas incluyendo pero no limitada los gastos de agencias de cobros, gastos de cortes, intereses y gastos legales. Todas las cuentas no pagadas serán reportadas al Buró de CREDITO.

SERVICIOS NO CUBIERTOS: Usted será responsable de pagar por los servicios no cubiertos por Póliza de seguro. La mayoría de seguros no cubren el tratamiento de infertilidad, impotencia y algunos otros tratamientos. **Usted es responsable de entender su Póliza de seguro, los beneficios y las limitaciones.**

HE LEIDO Y ENTIENDO PERFECTAMENTE los Normas Financieras. Estoy de acuerdo con pagar de acuerdo con los términos y condiciones de estas Normas.

Paciente/Persona Responsable _____ Fecha _____

Nombre Impreso _____ Fecha de Nacimiento _____