

**Dominion Fertility
Suite 301
46 S. Glebe Rd.
Arlington, VA 22204**

Acuerdo del Paciente

Acuerdo de autorización
Política de la oficina sobre pagos
Nombre

Nombre del Paciente _____ **Fecha** _____
Por favor escribir en letra de imprenta

1. El pago por servicios suministrados por Dominion Fertility vence y es pagadero en su totalidad al momento del suministro de los servicios, a menos que se haya especificado otro acuerdo con anterioridad.

2. Cualquier saldo no pagado después de 60 días contados a partir de la fecha de suministro de los servicios estará sujeto a pago de interés a la tasa porcentual anual de 18% con \$2.00 como mínimo.

3. En el caso de que el Paciente pague mediante cheque y el cheque sea devuelto por el banco debido a “FONDOS INSUFICIENTES”, Dominion Fertility añadirá \$25 al saldo adeudado por el Paciente o Parte Responsable.

4. Para Pacientes con seguro médico: Cualquier distribución de costos, por ejemplo, copagos, coseguro y/o deducibles son responsabilidad del Paciente y/o Parte Responsable. En el caso de que los servicios suministrados no estén cubiertos o se consideren médicamente innecesarios, el Paciente y/o la Parte Responsable tendrán la responsabilidad del pago total de dichos servicios.

5. Ninguna declaración hecha por un empleado o agente de Dominion Fertility podrá contradecir, invalidar o anular este Acuerdo, ni tampoco el paciente se basará en ninguna declaración ni opiniones hechas por Dominion Fertility de que la compañía de seguros del Paciente pagará la factura.

Por el presente otorgo autorización a Dominion Fertility para presentar mi reclamo directamente a mi compañía de seguros en mi nombre. Entiendo que al firmar este formulario, mi firma no será necesaria cada vez que se presente un reclamo en mi nombre. Autorizo además a mi compañía de seguros a dirigir el pago directamente a Dominion Fertility.

Autorización para divulgar registros médicos

Por el presente autorizo a Dominion Fertility a divulgar toda la información médica y de facturación necesaria para asegurar el pago de cualquier compañía de seguros, en mi nombre.

He leído y entendido totalmente todas las condiciones anteriores. Al firmar este Acuerdo acepto que soy responsable de todos los pagos, cargos, y si fuera necesario, costos de cobro según se indica anteriormente.

Confirmando que he recibido copia de este acuerdo.

Firma del paciente _____ Fecha _____

Parte Responsable _____ Fecha _____
Por favor escribir en letra de imprenta Firma

Relación con el Paciente (cónyuge, padre/madre, otro) _____

Testigo _____ Fecha _____
Por favor escribir en letra de imprenta Firma