

THE VEIN TREATMENT CENTER
WILLIAM P. KALCHOFF, M.D., PA
GRADY HALLMAN, M.D.

7731 Southwest Freeway, Ste 201
Houston, Texas 77074

Tel: 713-533-0535
Fax: 713-774-3258

POLIZA FINANCIERA

Queremos dar le las gracias por elegirnos como su medico. La siguiente es información sobre nuestra póliza financiera, la cual necesitamos que usted lea y firme antes de darle tratamiento alguno.

PAGO COMPLETO Y/O CO-PAY O PORCENTAGE ES REQUIRIDO AL TIEMPO DEL SERVICIO. ACEPTAMOS DINERO EN EFECTIVO, TARJETAS DE CREDITO VISA, MASTERCARD Y AMEX.

Como una cortesía a nuestros pacientes les mandamos a cobrar a su seguro medico primario y secundario por su tratamiento.

Usted es responsable por el pago completo aun cuando su aseguranza médica determine que pagara las cuotas usuales o cuotas prudenciales. La única excepción a esto es cuando nosotros seamos un medico contratado con su seguro medico y tengamos una cuota firme la cual seguimos dado a nuestro contrato con su seguro medico. Aun cuando su seguro medico pague o la fecha en la que pague. El pago completo se debe en 90 días de haber recibido tratamiento. Su póliza de seguro medico es un contrato entre usted y su seguro medico. Nosotros no somos parte de ese contrato. Cualquier balance en su cuenta con nosotros es su responsabilidad a un cuando se seguro medico pague o no.

Gracias por su comprensión de nuestra póliza financiera. Si tiene cualquier pregunta dénosla saber.

Firma de Persona Responsable Del Pago

Fecha