Jorge Bordevane MD PA

8720 N. Kendall Dr. Suite 115

305.446.2444

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Usted esta siendo atendido hoy por el Dr. Bordenave, habiendo sido referido por su medico o debido a que el Dr. Bordenave participa en su plan de seguro medico. Esta oficina hace todo lo posible y confirma su referido y autorizacion por parte de su plan de seguro con su medico de cabecera antes de que se vea con el Dr. Pero existen ocasiones en las cuales su compañia de seguro medico, luego de autorizar su visita medica con el Dr. Bordenave, NO cubre o paga los servicios proveidos por el mismo, o el pago es parte de su deducible. En esos casos el paciente o el guardian legal del paciente son los responsables por el pago de los servicios medicos y usted sera cobrado por la oficina.

Podemos ayudar con planes de pago si lo necesita. Cuentas sin pagar seran referidas a agencias de coleccion.

El paciente o el guardian del paciente son responsables por deducibles, co-pagos, co-seguros de todos los cargos no cubiertos por el seguro a la hora de la visita medica. Al firmar este document, indica que usted a leido y entendido todos los terminus financieros y han podido hacer preguntas para aclarar cualquier duda que tenga.

Nombre y apellidos del paciente: _____

Fecha_____ Firma _____

FINANCIAL RESPONSIBILITY AGREEMENT

You have been referred to Dr. Bordenave by your Primary Care Provider or because he is a Cardiology provider on your health plan network. Patients are responsible for any co-payment and deductibles at the time of the service.

This office will make every effort to verify and confirm that your referrals and authorizations are valid before you see the Dr. However, there are times that for whatever reason, the health insurance plan or carrier denies payment for services rendered by Dr. Bordenave or payment due falls under your unmet deductible. In these situations, it is ultimately the patient or the legal guardian who is responsible for payment of treatment and services provided.

Should this occur, you will be billed by this office or our billing company.

We will work with you to assist with payment plans if needed.

Past due or delinquent payments will be referred for collection.

Patient name_____ Date_____

Patient signature _____