

THE VOICE AND SWALLOWING CENTER OF PUERTO RICO
CENTRO DE VOZ Y TRAGADO DE PUERTO RICO



Phone:
787-426-2554

Fax:
787-792-6299

E-Mail:
drlgiraldez@icloud.com

Web:
voicecenterpr.com

RESPONSABILIDAD FINANCIERA/FINANCIAL RESPONSIBILITY

Certifico haber recibido servicios en el Centro de Voz y Tragado de Puerto Rico oficina del Dr. Laureano A. Giráldez Rodríguez, por lo cual autorizo a mi plan medico a procesar para pago las reclamaciones correspondientes de los mismos. Autorizo al Centro de Voz y Tragado de Puerto Rico como a mi plan medico a manejar la información y documentos necesarios al servicio recibido.

- Reconozco que en caso de que mi plan medico no cubra algún servicio, seré responsable de costear el mismo de forma PRIVADA. Entiendo además que la aseguradora a la cual estoy afiliada tiene 30 días para pagar o denegar la facture emitida por el centro según lo estipula la ley. Que luego de este termino, la oficina del Dr. Laureano A. Giráldez hará esfuerzos razonables para obtener el pago por los servicios prestados y concederá 15 días adicionales para que se salde la deuda y que a partir de esta fecha seré responsable de cualquier balance pendiente.
- Además, certifico que le presente a la oficina del Dr. Laureano A. Giráldez Rodríguez, el (los) único(s) plan(es) médicos que poseo para la coordinación de beneficios según se estipula en las leyes estatales y federales. Comprendo que de poseer otro plan medico y no presentarlo a la oficina del Dr. Laureano A. Giráldez para que coordine la facturación de los servicios prestados, mi plan medico puede que deniegue el pago, por lo que me responsabilizare de asumir el total de la cantidad adeudada.

Firmado hoy en Guaynabo, Puerto Rico, día _____ de _____ de _____.

(FIRMAR PROXIMA PAGINA AL FINAL/SIGN BOTTOM OF NEXT PAGE)

I certify that I have received services at the Voice and Swallow Center of Puerto Rico, office of Dr. Laureano A. Giráldez Rodríguez, for which I authorize my medical plan to process the corresponding claims for payment. I authorize the Voice and Swallow Center of Puerto Rico as well as my medical plan to manage the information and documents necessary for the service received.

THE VOICE AND SWALLOWING CENTER OF PUERTO RICO
CENTRO DE VOZ Y TRAGADO DE PUERTO RICO



Phone:
787-426-2554

Fax:
787-792-6299

E-Mail:
drlgiraldez@icloud.com

Web:
voicecenterpr.com

- I acknowledge that in the event that my medical insurance does not cover any service, I will be responsible for paying for it PRIVATELY. I further understand that the insurer with which I am affiliated has 30 days to pay or deny the invoice issued by the center as required by law. That after this term, the office of Dr. Laureano A. Giráldez Rodríguez will make reasonable efforts to obtain payment for the services rendered and will grant an additional 15 days for the debt to be paid and that from this date I will be responsible for any outstanding balance.
- I further certify that I present to the office of Dr. Laureano A. Giráldez Rodríguez, the only (s) medical plan (s) I have for the coordination of benefits as required by state and federal law. I understand that if I have another medical insurance and do not present it to the office of Dr. Laureano A. Giraldez to coordinate the billing for the services provided, my medical insurance may deny payment, so I will be responsible for assuming the total amount owed.

Signed in Guaynabo today _____
(date/month/year)

Nombre de Paciente/Tutor
Patient Name/Tutor

Firma/Signature