

Consentimiento de Tratamiento

Yo, doy mi autorización a Orthotic&Prosthetic Technologies para proveer servicio protésico y orthotico solicitado por mí medico.

Póliza de Garantia

El periodo de garantia para un orthosis y protesís es de tres meses por la mano de obra y material. Aunque O&P Technologies no se puede hacer responsable por cambios fisiológicos o anatómicos en la condición medica de el paciente, nosotros intentaremos mantener un ajuste correcto durante este periodo. Ajustes se haran a la discrecion de el especialista sin ningun coste para el paciente por el periodo de un año. Componentes adicionales, correa, ascensor, elevacion, etc. recetados por el medico incurriran un costo adicional. Habra un coste aparte por ajustes o reparaciones por causa de abuso o desgaste como puede ocurrir en los deportes, lo professional o actividades inusuales.

Como orthosis y protesís son recetadas a la dirección de el medico y son fabricadas a la anatomía y condicion medica de cada individuo, no se pueden devolver por crédito o reembolso. Artículos de el estante no se pueden regresar por razones de higiene.

Por favor comunicar cualquier problema o molestia que tenga al especialista inmediatamente para darnos la oportunidad de resolver el problema eficazmente y rápidamente lo mas antes posible. Haremos cada esfuerzo por reconocer sus necesidades.

Cotrato de Pago y Acuerdo de Póliza

Para prevenir cualquier equivocación sobre su seguro medico, deseamos comunicarle: (1) Pago de los servicios medicos aportados es la responsabilidad de el paciente. (2) Pago de deducibles es requerido al tiempo que los servicios medicos se otorgan. (3) El 50% de el balance para artículos, que estan fabricados especificamente a la medida de el paciente, no cuviertos por su seguro medico se requiere al tiempo de el primer ajuste y el resto de el pago se requiere al tiempo que se entrega el artículo al paciente. (4) O&P Technologies le mandara a covrar a su seguro medico como una cortesía de nuestra parte, pero no somos responsables si su segruo medico declina el pago. (5) Si por circunstancias no previstas, tratamiento adicional es necesario, aparte de lo que ya fue aprobado por su seguro medico, el paciente nesesita hacer un arreglo o un plan de pago. (6) Esperamos que el paciente se mantenga al corriente de su acuenta mientras se recibe el pago de su compañía de seguro.

Su covertura de suguro medico es un contrato entre usted y su compañía de seguro para ayudarle a pagar sus gastos medicos. Como sus beneficios de seguro medico pueden cambiar seguido, no es possible que O&P Technologies otorge servicios medicos solamente porque su seguro medico afirma el pago de los servicios. O&P Technologies de ninguna manera puede garantizar su covertura medica. Sus beneficios medicos son determinados por su seguro medico al tiempo que se procesa su reclama medica. Todas las calculaciones sobre sus beneficios son una estima solamente, basada sobre toda la informacion obtenida por su seguro medico. El total final, de el cual el paciente es responsable, puede ser diferente a lo que fue previamente calculado por O&P Technologies.

Pagos se pueden hacer con cheque o money order. Un honorario de \$20.00 se asesorara por cada cheque sin fondos, por cualquier razón.

Iniciales de persona responsable: _____

Asignación de Beneficios

Yo, autorizo a O&P Technologies para facilitar informacion medica necesaria a mi seguro(s) medico para procesar mi reclama medica. Tambien autorizo a mi seguro medico para pagar mis beneficios directamente a O&P Technologies.

Yo, requiero que pagos autorizados de mis beneficios de Medicare se hagan a O&P Technologies por cualquier servicio otorgado a mi por O&P Technologies, incluyendo servicio medico. Yo autorizo a cualquier sosteniente con informacion medica o otra informacion en referencia a mi para que pueda facilitar la informacion a la Administracion de Finanzas del Cuidado de la Salud y sus agentes para determinar estos beneficios o beneficios para servicios relacionados.

Yo, el firmante abajo, e leído y entiendo estas pólizas y acuerdos y doy mi consentimiento a todo lo anterior.

Firma de persona responsable: _____ Fecha: _____

El paciente/cliente recibira articulos de acuerdo a la prescripción de el medico y recibira instrucciones sobre el uso y mantenimiento seguro y apropiado de tal articulos.