



Acuerdo Red de Proveedores

Tipo de oficina

| | | | | |
|--|---------------------------------------|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ginecología | <input type="checkbox"/> Pediatría | <input type="checkbox"/> Centro para Cáncer | <input type="checkbox"/> Dermatología | <input type="checkbox"/> Ortopedia |
| <input type="checkbox"/> Cardiología | <input type="checkbox"/> Optometría | <input type="checkbox"/> Otorrinolaringología | <input type="checkbox"/> Gastroenterología | <input type="checkbox"/> Generalista |
| <input type="checkbox"/> Quiropráctico | <input type="checkbox"/> Laboratorios | <input type="checkbox"/> Salud Mental | <input type="checkbox"/> Oftalmología | <input type="checkbox"/> Audiología |
| <input type="checkbox"/> Internista | <input type="checkbox"/> Radiología | <input type="checkbox"/> Medicina Alternativa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Precio actual \$ _____. Tarifa para AVHP será de \$ _____ por Visitas y Seguimiento,
 Precio actual \$ _____. Tarifa para AVHP será de \$ _____ por Procedimiento,
 Precio actual \$ _____. Tarifa para AVHP será de \$ _____ por _____,
 Precio actual \$ _____. Tarifa para AVHP será de \$ _____ por _____,
 Precio actual \$ _____. Tarifa para AVHP será de \$ _____ por _____,
 Precio actual \$ _____. Tarifa para AVHP será de \$ _____ por _____,
 Precio actual \$ _____. Tarifa para AVHP será de \$ _____ por _____.

Si ninguna de las opciones anteriores, no aplicara, Por favor de seleccionar una de las siguientes:

Incluyo lista de tarifas fijas actuales y para AVHPLUS para las visitas de oficina y servicios de sus afiliados

Para los proveedores no-primarios (farmacias, suplidores de equipos médicos, etc.) Los descuentos serán de (__) % del precio normal.

Iniciales:

- Entiendo que American Vision Health Plus, no le paga al proveedor por ningún servicio ni remanentes de su facturación. El asociado pagará al momento de los servicios recibidos el precio establecido con el descuento.
- Acuerdo ofrecer a los asociados de American Vision Health Plus, la misma calidad de servicios que le damos a todos nuestros pacientes.
- Notificaré por escrito a American Vision Health Plus, de cualquier cambio en las tarifas, procedimientos u otros acordados en esta aplicación.
- Entiendo que debo mantener la Práctica Médica para continuar como proveedor de American Vision Health Plus.
- Entendemos que American Vision Health Plus es una Tarjeta de Descuento y no es un Plan de Seguro
- Entendemos que las tarifas acordadas con American Vision Health Plus no son compartidas con ninguna otra clínica, oficina o instituto en ningún momento durante la membresía.

La información presente es verdadera y correcta a mi mejor entender.

Acuerdo rendir el mejor servicio médico profesional a los asociados de American Vision Health Plus.

Nombre del Proveedor _____ Dirección _____
 Firma _____ Ciudad _____ Código Postal _____
 Email _____
 Teléfono (____) _____
 Fax (____) _____

Sello del Proveedor _____

----- **Para uso de Oficina (AVHP)** -----

Fecha de Aprobación _____ Por: _____

Proveedor # _____ Posición: _____

**1631 East Vine St Suite C Kissimmee, Fl. 34744
 (1-800) 939-0024 Fax (407) 851-7126
 Email: contact@avhplus.com
www.avhplus.com**