Política de garantía de órtesis

www.reboundptot.com Bellingham ▪ Lynden

Por favor complete el siguiente formulario en inglés

Nombre del paciente:_____ Fecha:_____

Ortesis

Debajo esta el ortesis y / o los suministros entregados al paciente en esta fecha de servicio:

HCPCS	Descripción del Artículo	Fabricante	Cantidad	Precio

Soy consciente de que los ajustes o reparaciones debidos al desgaste normal después del período de garantía de 30 días pueden ser cargados a mí oa mi seguro. Entiendo que ReBound PT, OT & Hand Therapies no aceptará la devolución de ortesis de stock que se hayan usado.

Iniciales _____

Hoy recibí los suministros / servicios anteriores que están en buenas condiciones y parecen estar libres de defectos. Todos los artículos son satisfactorios para mí en este momento. Se me ha explicado el cuidado y uso de este dispositivo. Se me ha indicado que me comunique con la oficina si tiene preguntas o problemas adicionales..

Iniciales _____

_____

Firma del paciente Fecha