

undefined

□

**Buscador****NUEVO!**[Ponencias completas del congreso en Barcelona, 2001](#)[Informe sus amigos de nuestro laboratorio](#)[Librería Online](#)[Enfermedades y síntomas](#)[Autismo, TGD](#)[TDA, TDA\(H\)](#)[Trastornos gastrointestinales](#)[Cándida](#)[Enfermedad Celíaca](#)[Fatiga crónica](#)[Síndrome de Down](#)[Disbiosis](#)[Infecciones del oído](#)[Fibromialgia](#)[Alergias a alimentos](#)[Gluten, caseína](#)[Sistema inmune](#)[Presencia de metales tóxicos](#)[Esquizofrenia](#)[Proliferación de Cándida intestinal](#)[instrucciones de obtención de muestras](#)[Kits de prueba](#)

□

Elija una prueba

Pidiendo pruebas

[Productos](#)[Libros](#)[Multimedios](#)[Registraciones](#)[Eventos y congresos](#)[Sobre nosotros](#)[Contáctenos](#)[Política de privacidad](#)[Hogar](#)LABORATORIO  GREAT PLAINS INC.**Kits de****prueba****Cómo pagar porque usted examinar**

- [Opciones de pago](#)
- [Utilizar el seguro](#)
- [La cruz azul y el escudo azul reclaman](#)
- [Privación financiera](#)
- [Requisitos](#)

□

**Opciones de pago**

□

□

□

Usted tiene dos opciones por el pago cuándo examinar con las grandes planicies Laboratorio:

1. **Aprovecho de nuestro efectivo descuento delante del pago en lleno en el momento examinar.** □ Mandaremos una declaración de servicios porque usted le afila su compañía de seguro.
2. **Encierro un franqueo del 20% (seguro total) valí y voluntad hago a demanda su compañía de seguro por usted.** □ Hay unos cuantos examina no podemos facturar el seguro a seguro para revisar nuestro [precio lista](#) mandar su pago. □

[Arriba](#)**Utilizar el seguro**

□

**Si usted escoge tener las grandes planicies Laboratorio hago a demanda su compañía de seguro fotocopia su seguro y tarjeta (ambos) lados y adjuntar eso hasta su prueba solicito.**

Aseguro la dirección encima de su tarjeta de seguro es la dirección correcta para demandas. □ Las demandas van algunas veces a una dirección diferente el comprobante la dirección primero voluntad ayudo las demandas completas proceso corro con rapidez y eficazmente.

Archivamos el seguro reclama como una cortesía nuestros clientes nosotros voluntad ayudo para usted recibo máximo beneficios. □ Comoquiera por favor acuerdo de su seguro es un contrato entre usted y su seguro compañía nosotros no somos una fiestita a este contrato. □ No podemos hacernos involucrar disputas entre usted y su seguro que compañía sobre y los deducibles co-payments cubrieron y cobra el seguro secundario ninguno otro el asunto allende proveer la información factual necesario. □ Además no facturamos el seguro detrás de la cuota examinar tiene sois pagado en efectivo tarjeta de crédito nosotros voluntad le echo un reintegro formo usted mandar su compañía de seguro usted lo solicita.

□

**Le facturaremos para usted la prueba si nosotros le no hemos recibido de su compañía de seguro el pago durante 60 días.** □ El pago se debe usted en ese momento. □ Usted ha pagado después de ya por una prueba y regresaremos el pago de seguro directamente si nosotros le recibimos de su compañía de seguro un pago a usted.

[Arriba](#)

**La cruz azul y el escudo azul reclaman**

□

**No le facturamos la cruz azul o declaro sus afiliados en ninguno o Medicaid y el escudo azul.** □ Su seguro es la cruz azul o debo pagar en efectivo y el escudo

Medicaid usted o la tarjeta de crédito azul.[] Le mandaremos una declaración de servicio que usted puede utilizar por el reintegro a usted.[] La cruz más azul y los planes de escudo azul han reembolsado a sus clientes insured porque examinar excepto que nosotros no podemos garantizar el reintegro.[]

**La cruz toda y azul y el escudo azul reclaman que cada declaro) debo incluir nuestro Provider numera debo ser archivado a la 23891011 dirección igual:**

Tarjeta Azul SUYO  
Azul el escudo Tachar y azul de Kansas City  
El PO boxea 419016  
Kansas City 64141-6016 de Misuri

[Arriba](#)

### **Privación financiera**

Podemos proveer los términos extendidos para el reembolso si usted es uninsured y tienes una privación financiera.[] **Contáctenos por favor solicito el reembolso extendido forma puedo ser hecho de cuáles deducciones automáticas revisar una Tarjeta de crédito explico.**

[]

[Arriba](#)

### **Requisitos**

**La aprobación de alguien legalmente aceptable ordenar examina en su estado es necesario por causa de nosotros examinar.[] Acceder la requisición formaba si el médico no está disponible lo tengo su fax el orden nosotros encima de un papel de bloc de guión.**

[]

**Debo grabar porque Medicare y el seguro reclaman el médico ICD-9 apropiado la diagnosis codifica el guión encima de la requisición o rellena ordeno.[] Además el médico debe grabar a su provider de Medicare más adormecido (llamar a un UPIN numero) por demandas de Medicare.[] Aceptamos el pago como de Medicare reintegro completo el hecho de nosotros examinar.**

Le reclamo para usted y acuerdo de fotocopiar de tarjeta y lo [mando a nosotros](#) por los ambos lados de su seguro si usted por favor nos quiere archivar un seguro.

[Arriba](#)

