



Responsabilidad Financiera del Paciente

Fecha:

Apellido:

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

Esta es la declaración de nuestra norma de responsabilidad financiera. Usted entiende que esta debe cumplir con todos sus pagos por servicios brindados en nuestra oficina. La oficina contactara a su seguro dental para gestionar el pago correspondiente al servicio brindado. Si usted tiene seguro dental, usted acepto ser responsable del pago del deducible y su co-pago a través de su empleador o compañía de seguro dental. Dichos pagos, serán cobrados el día de su cita y antes que se proceda a su tratamiento. En toda ocasión, usted es el principal responsable del pago por los servicios brindados por esta oficina a usted.

Usted es responsable de proveer a nuestra oficina con la información correcta y actualizada de su seguro. Muchas compañías de seguros tienen requerimientos adicionales o diferentes maneras de proceder, los que pueden que limiten su cobertura a ciertos servicios y esto puede que a su vez cambie el precio estimado por su tratamiento. Usted es el principal responsable financiero y debe pagar cualquier deuda que su compañía de seguros se niegue a pagar.

Tenga en cuenta que algunas compañías de seguro le envían el cheque directamente al paciente para pagar los servicios brindados por la oficina dental, por favor háganos llegar este cheque por correo o traigalo personalmente para así consolidar sus deudas pendientes.

CONOCIMIENTO:

He leído y entiendo la política financiera de la oficina descrita anteriormente. Estoy de acuerdo en pagar, puntualmente y en su totalidad, cualquier otra cantidad debida al proveedor, incluyendo pero no limitado a, los co-pagos, deducibles y sumas adeudadas no cubiertos por mi seguro dental o que mi seguro dental se niegue a pagar parcial o en su totalidad.

Yo he leído y estoy de acuerdo a que soy el responsable por el pago de los servicios dentales brindados

Si

No