



Formulario de Acuerdo Financiero de Pacientes

Nuestro objetivo es que los pacientes comprendan claramente sus necesidades de tratamiento , así como su responsabilidad financiera , antes de comenzar el tratamiento. El pago de la porción estimada de pacientes se debe en el momento del tratamiento. Deseamos hacer el tratamiento dental asequible a todos nuestros pacientes. Por lo tanto , ofrecemos las siguientes opciones de pago :

- 1) los planes de pago flexibles de hasta 6 meses tras la aprobación con Credit® Care. La aprobación debe ser recibido antes de la fecha de Tratamiento.
- 2) Efectivo, Cheque, o Visa / MasterCard

Como cortesía a usted procesaremos gustosamente sus formularios de reclamación de seguros. Nuestra responsabilidad es ofrecerle el tratamiento que mejor se adapte a sus necesidades , no para tratar de igualar su atención a las limitaciones del plan de seguro .

Entendemos que planes de seguros pueden ser difíciles de entender y abrumador a veces. Afortunadamente con la información proporcionada a nosotros por usted y su compañía de seguros que son capaces de ofrecer un poco de ayuda en la estimación de su beneficio de seguro . Sin embargo , su compañía de seguros hace que la determinación final una vez que se haya completado el tratamiento y la presentación de la reclamación. Su seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros ; por lo tanto, todos los cargos son su responsabilidad.

Todos los beneficios de seguros se pagan a la oficina dental, y estoy de acuerdo para liberar cualquier información necesaria para el consultorio dental para procesar reclamaciones.

Me doy cuenta de que soy financieramente responsable de todos los gastos incurridos , con independencia de la cobertura del seguro . Yo soy responsable de todos los gastos de recaudación efectuados por la oficina dental y en un cheque devuelto

Nombre de Paciente: _____

Firma de Paciente: _____

Fecha: _____