

Acuerdo de Responsabilidad Financiera del Paciente

Gracias por elegir Echeverri Dental center para su cuidado dental. Nuestra meta es establecer la mejor relación posible con nuestros pacientes, para ello, le pedimos que lea y entienda nuestra política relacionada con pagos y seguros.

Los pacientes son completamente responsables por los cargos del tratamiento recibido. Si el paciente tiene seguro, esta responsabilidad incluye los balances restantes después del pago de la cantidad asignada por el seguro.

Si usted no tiene seguro, por favor pase al final de la página.

Pacientes con seguro

Entiendo que mi póliza de seguro es un acuerdo entre mi seguro y mi persona. Soy completamente responsable por todos los cargos relacionados con los servicios que me han sido brindados, incluyendo el balance restante después del pago de la cantidad asignada por el seguro.

Nuestro Coordinador de Seguros contactara a su seguro para recolectar toda la información referente a la cantidad que le ha asignado su seguro. Esto nos permitirá hacer un estimado con respecto al tratamiento dental propuesto.

En caso de que sea necesario, o que usted lo solicite, enviaremos una predeterminación a su seguro. Si usted solicita una predeterminación, no comenzaremos el tratamiento hasta recibir una respuesta de su seguro.

Enviar los reclamos a las compañías de seguro es una cortesía que ofrecemos a todos nuestros pacientes. EDC únicamente envía reclamos a seguros primarios.

Debido a que la información que recibimos del seguro es un estimado, solicitamos que deje una tarjeta de crédito registrada. La tarjeta de crédito solo será procesada automáticamente en el evento de que tenga un balance de \$100 o menos. Le contactaremos en caso de que el monto sea mayor a \$100.

7844 Long Point Rd, Houston, TX 77055

(713) 956-8767 | echeverridental.com

echeverridentalcenter@hotmail.com

Todos los co-pagos y pagos vencen al momento del servicio.

Al firmar, estoy conforme con el Acuerdo de Responsabilidad Financiera del Paciente de EDC. Por favor pregunte y aclare sus dudas antes de firmar.

_____	_____	_____
Nombre del Paciente	Firma	Fecha

_____	_____	_____
Si el paciente es menor, nombre del responsable	Firma	Fecha

Pacientes sin seguro

Los pacientes son completamente responsables por todos los cargos relacionados con el tratamiento recibido.

_____	_____	_____
Nombre del paciente	Firma	Fecha

_____	_____	_____
Si el paciente es menor, nombre del responsable	Firma	Fecha