

Centro de Cirugía Oral de Santa Fe

Política Financiero y Seguros

Por favor firme y / o intitial todas las siguientes revelaciones:

_____ (inicial) Yo entiendo que soy responsable de mi factura y / o de cualquier monto no cubierto por el seguro.

_____ Se comunica que, todos o algunos de los servicios que no pueden ser cubiertos o considera necesario por su póliza de seguro. En estos casos, usted es responsable del pago de su cuenta. Cobramos lo que es el uso y costumbre de nuestra zona. Usted es responsable de pagar la factura en su totalidad, independientemente de determinación de tarifas usuales y habituales de la compañía de seguros.

Política Financiera:

_____ (inicial) Si el paciente es menor de edad, nuestra política de la oficina es que ambos padres son igualmente responsables de todos los honorarios.

_____ (inicial) cheques por fondos insuficientes serán sujetos a un cargo por cheque devuelto \$ 35.00. Los saldos de más de 60 días puede estar sujeto a cargos adicionales de recolección y cargos por mora del 1,5% por mes.

Insurance Autorización y Asignación:

_____ El seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Estaremos encantados de ayudarle en el llenado de formularios necesarios para ayudar a acelerar los pagos de la compañía de seguros. No vamos a participar en las disputas entre usted y su compañía de seguros, que no sea para comunicar la información fáctica que sea necesario.

_____ (Inicial) Por la presente autorizo al Centro de Cirugía Oral de Santa Fe (Santa Fe Cirugía Oral, LLC) para proporcionar información a las compañías de seguros con respecto a mi enfermedad y / o Treatmenty por la presente asigno al médico (s) todos los pagos por los servicios médicos y / o dentales prestados a mí o mis dependientes.

He leído, entendido y aceptado la política financiera y de seguros anteriormente.

Firma del Responsable

Fecha