

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 determinination 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.

(Incial) 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 Treamenty 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