Acuerdo de Pago

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

Estoy de acuerdo en que soy responsable de todos los servicios prestados al Paciente y que el pago es debido y pagadero a Chastain Dental Studio en el momento en que se prestan los servicios. Asimismo, entiendo que las pólizas de seguro de salud, dental y de accidentes son un acuerdo entre mi compañía de seguros y yo. Acepto pagar todos los deducibles y copagos en el momento del servicio (si tengo doble cobertura de seguro, mi copago o deducible se basará en la cobertura primaria). Entiendo que, aunque Chastain Dental Studio presentará reclamaciones a mi compañía de seguros en mi nombre, sigo siendo responsable ante Chastain Dental Studio por cualquier monto no cubierto por mi aseguradora. También entiendo que Chastain Dental Studio no puede verificar la elegibilidad de mis beneficios de seguro antes del tratamiento, pagaré la totalidad de los servicios en el momento en que se presten.

Entiendo que Chastain Dental Studio puede cobrar:

1. un cargo por pago tardío si no se recibe el pago de mi cuenta antes de la fecha de vencimiento;
2. un monto de $35.00, sin exceder el máximo permitido por la ley, por cada cheque devuelto, y
3. una tarifa por cada cita que se pierda o cancele sin al menos 24 horas de aviso previo.

Acepto, en la medida permitida por la ley, que si el saldo de mi cuenta es referido a alguna agencia o abogado(s) para fines de cobranza, pagaré los honorarios razonables del abogado y cualquier gasto o costo relacionado con el proceso de cobro, incluidos los costos judiciales. Entiendo que si el tratamiento o la atención se suspenden en cualquier momento por parte del paciente, todas las tarifas por los servicios profesionales prestados serán inmediatamente exigibles y pagaderas.

PARTE RESPONSABLE:

Nombre Completo: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Nombre del Empleador: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO:

Nombre del Seguro Primario: _____ Teléfono: _____

Relación con el Titular del Seguro: _____ Número de Identificación: _____

Número de Grupo: _____

Reconozco haber recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de la Clínica. Acepto que una fotocopia de esta autorización es tan válida como el original.

Firma de la Parte Responsable: _____ Fecha: _____