

# Crown Dental



"LE tratamos como realeza"

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

## **ACUERDO FINANCIERO**

El pago todas de los servicios es requerido en el momento de la visita, a menos que arreglos previos hayan sido hechos.

## **RECLAMO DEL SUGURO**

El oaciente es finalmente responsable del pago total de su cuenta y no asi la compania de seguros. Hacemo, sin embargo, el reclamo del seguro dental como una cortesia a nuestros pacientes. Es responsabilidad del paciente informarnos si tiene un seguro secundario (ejem. El Medicaid, CHIPS, segundo Plan de PPO). Podemos dar estimados con respecto a sus beneficios de seguro en base a la informacion proporcionada por usted y por la compania de seguros no pagara la cantidad esperada, eoerada, el balance restante debera ser pagado inmediatamente por usted, o el padre/guardian.

## **CESION DE BENEFICIOS**

Yo/nosotros cedemos directamente a Crown Dental, los beneficios del seguro dental que de otro modo me seria pagado a mi/nosotros. Yo/Nosotros por la presente autorizamos la liberacion de cualquier informacion responsables de cargos no pagados por esta cession.

\_\_\_\_\_  
Firma parte Responsable

En caso de que la compañía de seguros erróneamente me enviarar el pago del servicio realizado por Crown Dental, yo le remitiré el pago a mi proveedor Crown Dental.

\_\_\_\_\_  
Firma parte Responsable

## **CUENTAS MOROSAS (retrasadas)**

Todas las cuentas morosas (30 días o más viejo) son susceptibleg a cargos razonables por el servicio y/o de tipo de interes legal.

## **PROCEDINIENTOS DE COLECCION**

En caso su cuenta es entregada una agencia de coleccion para el impago u otra delincuencia, usted será responsable de pago de cualquier costo de coleccion (30%) y/o delincuencia de abogado, usted será responsable de pago de cualquier prendas de agencia de coleccion cualquier honorarios y/o descuentos especiales pasados. Tales honorarios especiales y/o los descuentos serán invertidos y usted será responsable de pago de procedimientos regulares de honorarios en aquel momento de servicio.

\_\_\_\_\_  
Firma Responsable de partido

\_\_\_\_\_  
Testigo/Posicion