|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Acuerdo de  pago del paciente |  |  |

Gracias por la oportunidad de ayudarle a satisfacer sus necesidades de salud. Durante el análisis de recomendación de su tratamiento y nuestra póliza financiera escrita, se establecieron las siguientes disposiciones financieras:

El coste del tratamiento con el Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ es de € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Se calcula que su seguro cubrirá € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y la responsabilidad del paciente para el tratamiento es de € \_\_\_\_\_\_\_\_\_. Una vez que haya empezado el tratamiento, puede que sean necesarios cambios en el plan de tratamiento anticipado, dependiendo de las condiciones existentes que se encuentren. Si esto ocurre, le informaremos y le ofreceremos la opción de continuar o cambiar el tratamiento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Iniciales del paciente) he hablado de las opciones de pago y hemos acordado un plan de pago con la compañía de seguros y con el proveedor firmante. En caso de que mi seguro no rembolsa el importe total que se anota en el plan de tratamiento, entiendo que soy responsable de pagar los servicios prestados y soy responsable de cualquier copago y deducibles que mi seguro no cubre.

Como ya sabe, según la directiva de esta práctica, se espera el pago antes de completar el tratamiento. Si decide interrumpir la atención médica antes de que se complete el tratamiento, el reembolso se determinará al revisar su caso. Ha acordado pagar la parte de la cuota de tratamiento del paciente de la siguiente forma:

* Pago total en la cantidad de € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; Pagado con: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Depósito requerido: € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; Depósito pagado con: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Cuota del tratamiento restante: € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; Pagar dentro de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_ Pagos iguales de € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si tiene preguntas sobre su plan de tratamiento o la elección de las opciones de pago, no dude en preguntar. Estamos aquí para ayudarle a obtener la asistencia que quiere y necesita.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Firma del paciente, padre o tutor |  | Fecha |
|  | | |
| Nombre del paciente (escriba a mano). | | |