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

Gracias por la oportunidad de ayudarlo a alcanzar sus objetivos de salud. Durante el análisis de su recomendación de tratamiento y nuestra política financiera escrita, se hicieron las siguientes disposiciones financieras:

El costo del tratamiento con el Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ es de $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Se calcula que el seguro cubrirá $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y la responsabilidad del paciente por el tratamiento es de $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Una vez que haya empezado el tratamiento, es posible que hagan falta cambios en el plan de tratamiento anticipado, dependiendo de las condiciones existentes que se encuentren. Si esto ocurre, se lo informaremos y le ofreceremos la opción de continuar o cambiar el tratamiento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Iniciales del paciente) debatí las opciones de pago y acordamos un plan de pago con la compañía de seguros y con el proveedor firmante. En caso de que mi seguro no reembolse el importe total que se menciona en el plan de tratamiento, entiendo que soy el responsable de pagar los servicios prestados y también el responsable de pagar cualquier copago y deducibles que mi seguro no cubra.

Como ya sabe, es política de este consultorio recibir el pago antes de finalizar el tratamiento. Si decide interrumpir la atención antes de que se complete el tratamiento, el reembolso se determinará después de revisar el caso. Acordó pagar la porción del costo del tratamiento correspondiente al paciente de la siguiente forma:

* Pago total en la cantidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; Pagado con: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Depósito requerido: $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; Depósito pagado con: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Honorarios por tratamiento restantes: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; Que serán pagados por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_ Pagos iguales de $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si tiene dudas sobre su plan de tratamiento o la elección de las opciones de pago, no dude en preguntar. Estamos aquí para ayudarlo a obtener los servicios de salud que desea o necesita.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Firma del paciente, padre o tutor |  | Fecha |
|  | | |
| Nombre del paciente (en imprenta). | | |