

Dr. Diana Rodriguez
2406 Bergenline Avenue
Union City, NJ 07087

Póliza Financiera

Por favor, compruebe sus preferencias:

Efectivo _____

Tarjeta de credito _____

Quiero Aplicar para un plan de pago (Care Credit) _____

La Poliza de la oficina en relación con seguro dental:

Vamos a presentar las reclamaciones de seguros como una cortesía a su favor y utilizar sus beneficios dentro de su poliza. Hacemos todo lo posible para determinar su plan de beneficios de seguros. Sin embargo, los tratamientos recibidos que no está cubierto por su plan de seguro debido a las limitaciones de cobertura será su responsabilidad.

Los Copagos y Deducibles.

A pesar de que presenten las reclamaciones de seguros en su nombre, el pago de todos los co-pagos y deducibles seran cancelados en el tiempo del servicio.

Arreglos Financieros:

Estamos muy contentos de ofrecer un plan de pago para hacer su tratamiento.

Firma del paciente _____ FETCHA _____