



ACUERDO DE SALDO RESTANTE

Nombre Del Paciente: _____ Número De Cuenta: _____

Como cortesía, verificamos los beneficios de su plan de seguro antes de su cita. Basado en la información que recibimos de su compañía de seguros, Calculamos la cantidad aproximado de su copago, deducible o coaseguro debidos por los servicios prestados.

A veces, su compañía de seguros nos proporcionará información de beneficios diferente de la que le han proporcionado a usted. En estos casos, haremos todo lo posible para trabajar con usted y su compañía de seguros para determinar el saldo correcto adeudado para las fechas de servicio en cuestión.

Entiendo y acepto lo siguiente con respecto a los beneficios de mi plan de seguro:

- Acepto pagar el monto total adeudado según la información que recibí de mi compañía de seguros.
- Entiendo que, como cortesía, Desert Perinatal Associates facturará a mi compañía de seguros las fechas del servicio en cuestión.
- Entiendo que es mi responsabilidad pagar todos los saldos que no haya pagado mi compañía de seguros.
- Anteriormente he leído y firmado una Política Financiera con Desert Perinatal Associates. Una copia adicional será proporcionada a petición.

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____

Firma DPA: _____ Fecha: _____