

PUEBLO DENTAL CENTER

1400 W. Valencia Road Ste. 100 Tucson, AZ 85746 520-746-1068
1000 N. Silverbell Road Tucson, AZ 85745 520-624-7514

Autorización de Firma el Archivo Autorización de Pago

Pueblo Dental Center se complace en aceptar la mayoría de los planes de seguro dental y como cortesía procesaremos sus reclamos. Le cobraremos a su compañía de seguro nuestro precio habitual de acuerdo con su tratamiento. Nuestros dentistas son proveedores contratados por la mayoría de los planes de seguro y como tal aceptamos los precios de descuento de estos planes y tratamos de hacerle un presupuesto correcto con la información que usted nos proporciona. Algunas veces sin nuestro conocimiento, algunas compañías ajustan sus precios y como consecuencia la porción que usted debe pagar se disminuye o aumenta. Cualquier ajuste en el cobro reflejara estos cambios en honorarios de acuerdo con su compañía de seguro. En ningún momento los cargos excederán los honorarios acordados por los servicios proporcionados.

Si usted desea que procesemos su reclamo de seguro y que recibamos el pago directamente de su compañía, es necesario mantener una firma autorizada en el archivo. Por favor llene la parte de abajo de esta forma. Usted deberá pagar solamente la porción que le corresponde cuando reciba su tratamiento. Si usted decide procesar recibir el reembolso de su reclamo, entonces deberá pagarnos la cantidad total.

Yo _____, autorizo a:
Nombre del Paciente y/o Asegurado

Pueblo Dental Management, Inc. a incluir mi nombre y/o el nombre de mi dependiente en cualquier documento de reclamo relacionado con cualquier beneficio dental que pudiera yo recibir por parte de mi seguro dental.

Autorizo la entrega de información sobre reclamo de acuerdo con lo permitido bajo la ley.

Autorizo el pago a Pueblo Dental Management, Inc. de cualquier beneficio dental que de otra manera se me pagaría a mí directamente.

Firma

Fecha

Padre o guardián (print)