



COMPROMISO DE PAGO DE PACIENTE SIN PLAN MÉDICO

A. AUTORIZO AL DR. RAÚL SALCEDO A PROVEER SERVICIOS DE CIRUGÍA Y MEDICINA PODIÁTRICA. CERTIFICO QUE SOY RESPONSABLE DE PAGAR POR LOS SERVICIOS PRESTADOS POR EL DR. SALCEDO. LOS PAGOS SE HARÁN AL MOMENTO DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS.

Firma del paciente responsable de la cuenta (padre o encargado si el paciente es menor)

Fecha y hora

COMPROMISO DE PAGO DE PACIENTE CON PLAN MÉDICO

B. AUTORIZO AL DR. RAÚL SALCEDO A PROVEER SERVICIOS DE CIRUGÍA Y MEDICINA PODIÁTRICA. AUTORIZO A PROCESAR LA PRESENTADA (TARJETA). EL DR. SALCEDO ACEPTA LOS PAGOS DE MI SEGURO MEDICO SEGÚN LA POLITICA DE LA COMPAÑIAS DE SEGUROS. CERTIFICO QUE LA TARJETA PRESENTADA ES DE MI PLAN PRIMARIO QUE CUBRE LOS SERVICIOS DE PODIATRÍA Y QUE NO TENGO OTRO SEGURO MEDICO QUE SEA PRIMARIO. SOY RESPONSABLE DE PAGAR TODOS LOS DEDUCIBLES Y LOS SERVICIOS NO CUBIERTOS POR EL PLAN MEDICO. LOS PAGOS SE HARÁN AL MOMENTO DE LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS. SI EL PLAN MÉDICO RECHAZA EL PAGO (TOTAL O PARCIAL) DE LOS SERVICIOS PRESTADOS; ACEPTARÉ COMO PACIENTE PRIVADO LA FACTURA POR LOS SERVICIOS NO PAGADOS. EL DR. SALCEDO PROVEERÁ UN RECIBO PARA QUE EL ASEGURADO GESTIONE EL REEMBOLSO DIRECTAMENTE AL PLAN MÉDICO.

Firma del paciente persona responsable de la cuenta

Fecha y hora

Firma del personal administrativo