



ECA M.D. INC
The Science of Health. The Art of Care.

Financial Policy

Dear Patient,

Welcome to our practice. This is our office FINANCIAL policy agreement. As a courtesy we will bill your insurance company. After your insurance company processes the claim if there is any remanding balance on your account, you will receive 2 statements and a courtesy call.

If the balance is not paid within 60 days. Of your first statement, your account will be forwarded to an outside collection agency.

I, _____ understand and agree to this FINANCIAL Policy.

Patient signature

Date

Polisa Financiera

Bienvenido a nuestro consultorio. Esta es nuestra acuerdo de la polisa financiera, Como cortesia nuestra oficina le enviara a su Seguro medico el cobro por los servicios de la consulta. Una vez que su Seguro medico processe el reclamo y si hay un balance restante, usted recibira 2 estados de cuenta y una llamado de cortesia en fin de cobrar el balance restante.

Si el balance no es pagado en 60 dias despues de su ultimo estado de cuenta, nuestra officina enviara cuenta a una agencia de collection.

Yo, _____ entiendo y estoy de acuerdo con esta Polisa de financiera.

Firma del Paciente

Fecha

_____ Physician Representative

630 S. RAYMOND AVE, SUITE #340., PASADENA, CA 91105

Phone: (626) 584-0026 Fax: (626) 584-6166

Email: ECAOffice@ECAMDINC.com Website: www.ECAMDINC.com