South Cove Community Health Center

华人医务中心

Dental Department

牙科

Patient Payment Agreement

顾客付款同意书

Name of Patient:
顾 客 姓 名：___________________________________

Medical Record No:
华 人 卡 号 码: ________________

Name of Procedure:
手 术 治 疗 名 称：_________________________________

ADA Code:
ADA代码：______________________

Total Amount:
总 金 额：$______________________________________

Insurance:
保 险：________

Self Pay:
自 费：_________

I understand that I will be financially responsible for the charges not covered by the plan.

我明白: 我会承担我的保险计划不包含的费用。

Signature of Patient:
顾 客 签 名：_______________________________

Date:
日期：__________________________

Signature of: _______________________________ _________________________________

签 名：

Dentist
牙科医生

Witness: dental assistant/hygienist
见 证人: 牙科助手 / 洗牙师

注：以上所有的内容以英文为准