



NCMC Office
21216 Northwest Fwy, Ste. 470
Cypress, TX 77429
Tel: 281-469-2838
Fax: 281-469-9314

Cypress Skinner Office
13811 Skinner Rd, Ste 145
Cypress, TX 77429
Tel: 281-304-7337
Fax: 281-469-9314

Cypress Springs Office
7626 Fry Road, Ste 500, Cypress,
TX 77433
Tel: 281-469-3305
Fax: 281-469-9314

Katy Office
22762 Westheimer Pkwy., Ste. 560,
Katy, TX 77450
Tel: 281-921-0590
Fax: 281-469-9314

Fulshear Office
11805 S Fry Rd., Ste. 108
Fulshear, TX 77441
Tel: 281-469-4340
Fax: 281-239-2104

CONTRATO DE PAGO PRIVADO

Nombre del Paciente : _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Paciente : _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Paciente : _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Paciente : _____ Fecha de Nacimiento: _____

Entiendo que STEEPLECHASE PEDIATRIC CENTER esta aceptando a mi(s) hijo(s) sin seguro para la(s) fecha(s) de: _____, y yo soy responsable de todos los servicios recibidos. Estos cargos no seran enviados a mi compañía de seguro por las siguientes razones: *(Seleccione todas las que apliquen)*

- ☐ Los beneficios del seguro fueron verificados y los siguientes servicios NO estan cubiertos: _____
- ☐ El medico no esta participando con mi compañía de seguro
- ☐ El medico no es el medico primario para mi plan HMO
- ☐ El medico no esta aceptando nuevos pacientes con Medicaid HMO
- ☐ Soy nuevo miembro con mi seguro y los beneficios aun no pueden ser verificados
- ☐ Estoy pidiendo vacunas de pago privado para mi(s) hijo(s). Entiendo que este no es un beneficio de Medicaid
- ☐ No tengo ningun seguro de salud para mi(s) hijo(s) y estoy solicitando ser paciente de pago privado
- ☐ Other: _____

Firma: _____ Fecha: _____