

ACUERDO FINANCIERO PARA BRAZOS DENTAL GROUP

Este acuerdo es para informarle de su obligación financiera a nuestra práctica. Estamos comprometidos a proveerle con el cuidado dental más completo usando solamente los materiales y la tecnología de la más alta calidad disponibles en el mercado hoy en día. Todos los gastos en los que incurra por cualquier tratamiento que se proporciona son su responsabilidad, independientemente de su cobertura de seguro. Siempre vamos a recomendar un tratamiento basado en sus necesidades dentales, no en base a la cobertura del seguro, que puede ser inadecuado con algunos planes dentales. El seguro dental es un beneficio utilizado para ayudarle, no para dictar el tratamiento necesario. A medida que trabajamos con usted para llegar a su salud oral óptima, requerimos que el co-pago estimado para el tratamiento se pagará en el momento del servicio. Esta es la parte de nuestros honorarios que su cobertura de seguro no le ayudará con. El pago oportuno de los pacientes estimado copagos garantizar que podamos mantener nuestros costos administrativos bajos, lo que resulta en tasas más bajas para nuestros huéspedes.

Su co-pago estimado puede ajustarse después de la hora del tratamiento dependiendo de la reconciliación definitiva de los pagos del seguro. Nuestra práctica acepta dinero en efectivo, cheques, Visa, Mastercard, Discover y CareCredit. Cheques devueltos y equilibrios mayores de 60 días estarán sujetos a las tasas de cobro y los cargos por financiamiento a una tasa del 1,5% mensual (18% anual). Además, nuestra práctica puede, a nuestra discreción, cobrarle hasta \$ 30 para las reservas y las reservas perdidas canceladas con menos de 24 horas anuncio.

Nuestra práctica se acepta la cesión de beneficios de su compañía de seguros y es importante entender que el acuerdo con respecto a sus beneficios dentales es entre usted, su empleador, y su compañía de seguros. Aunque estamos dispuestos a presentar reclamaciones dentales en su nombre, no aceptamos responsabilidad por el resultado de la transacción. Nuestra cumplimentación de los formularios de seguros es una cortesía extendemos en un esfuerzo por ahorrar tiempo y facilitar el pago a nuestra práctica de su compañía de seguros. Al tener nuestro proceso de la práctica sus formularios de seguros, es importante que usted entienda que esto no elimina su obligación financiera.

Los pagos del seguro se reciben dentro de 30-60 días hábiles desde el momento de la facturación. Si su compañía de seguros no ha realizado el pago a nuestra práctica dentro de los 60 días, le pedimos que pagar la totalidad del saldo en ese momento y usted será responsable de buscar el reembolso de su compañía de seguros. Nuestra práctica no garantiza que su compañía de seguros le ayudará con el pago del tratamiento que recibe de nuestra práctica. Si se rechaza su reclamo, usted será responsable de pagar el monto total en ese momento. Nuestra práctica no va a entrar en una disputa con su compañía de seguros sobre cualquier reclamación, aunque vamos a presentar la documentación necesaria a sus solicitudes de compañías de seguros de resolver cualquier confusión o duda que pueda surgir. Es su responsabilidad para resolver cualquier tipo de disputa por los pagos realizados o no realizados por su compañía de seguros a nuestra práctica.

HE LEÍDO Y ACEPTO LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL ESTE ACUERDO FINANCIERO Y AUTORIZO A MI COMPAÑÍA DE SEGUROS A PAGAR MIS BENEFICIOS DENTALES DIRECTAMENTE A LA PRÁCTICA.

Imprimir Nombre del Paciente o Persona Responsable

Firma del Paciente o Persona Responsable

Fecha