

Política financiera y de oficina

Gracias por elegirnos para su equipo de cuidado dental personal. Nos enorgullecemos de nuestra oficina y de nuestra capacidad para brindar el mejor tipo de atención dental. Este formulario le describirá las políticas de nuestra oficina.

Nos esforzamos por tratarlo con la mejor atención y servicio posible que podamos brindarle. Sus citas se programan cuidadosamente, y esta hora está reservada solo para usted. Cualquier cambio en la programación afecta a otros pacientes, así como a los miembros del personal y al costo del tratamiento dental. Como cortesía, haremos todo lo posible para confirmar sus citas con nosotros, sin embargo, es posible que no siempre podamos comunicarnos con usted. Si debe reprogramar una cita, avísenos con 48 horas hábiles de anticipación. Entendemos que ocurren emergencias y permitiremos un aviso más corto para 2 citas perdidas por año calendario. Después de eso, cualquier cita perdida sin el aviso requerido de 48 horas se cobrará \$ 50.00. Es posible que se le pida que re programe su cita si llega tarde y no permite suficiente tiempo clínico para brindar un tratamiento óptimo. Las visitas fuera de horario se cobran como una tarifa adicional.

El pago vence cuando se presta el servicio. Aceptamos efectivo, cheque, Visa, MasterCard y Discover. Como cortesía, enviaremos de inmediato cualquier reclamo de seguro necesario para que usted reciba los beneficios. Tenga en cuenta que su póliza de seguro dental es un contrato entre usted, su empleador y su compañía de seguros. No podemos actuar como mediadores entre ellos. Nuestro personal está capacitado para ayudarlo con las preguntas que pueda tener con respecto a la presentación de su reclamo.

Proporcionaremos cualquier información adicional requerida por su seguro, en la medida de nuestro conocimiento sobre su historial dental anterior. En el momento del tratamiento, usted es responsable del pago de cualquier deducible aplicable y de la parte de su seguro de automóvil. Usted es responsable de cualquier monto no cubierto por su compañía de seguros. No dude en contactarlos directamente con respecto a cualquier beneficio no pagado.

Si su compañía de seguros paga los beneficios directamente al suscriptor, el pago vencerá el día de la visita, a menos que se hayan hecho arreglos financieros previos. Si se necesita otra forma de método de pago, solicitamos que estos arreglos se realicen antes de que se presten los servicios. Cualquier saldo personal superior a \$ 200.00 o saldo de seguro pendiente superior a \$ 400.00 debe borrarse antes de que se pueda brindar más tratamiento y agregarlo a su cuenta. Es posible que sea necesario posponer una cita programada para ayudar a mantener estos saldos de cuenta en orden.

Cualquier saldo que no se liquide dentro de los 30 días incurrirá en una tarifa de facturación mensual del 5%. Lo alentamos a que elimine cualquier saldo pendiente de inmediato para evitar estos cargos adicionales. Hay un cargo por cheque devuelto de \$50.00. Todos los cheques devueltos deben compensarse con efectivo, tarjeta de crédito o giro postal.

ACUERDO DE AUTORIZACIÓN FINANCIERA Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Entiendo que se me informará de todos los tratamientos y sus tarifas asociadas antes de iniciar la atención dental. Acepto ser responsable de todos los cargos por los servicios dentales proporcionados a mí o a mis dependientes. En la medida de la ley, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información personal de salud para llevar a cabo nuestras actividades de pago en relación con las reclamaciones de seguros dentales.

***Su póliza de seguro es un contrato entre usted, su empleador y/o su compañía de seguros. Grape Lakes Family Dental figura como PROVEEDOR FUERA DE LA RED con todos los seguros dentales, y es su responsabilidad conocer su contrato de seguro y la cobertura para tal estado. Presentaremos el reclamo en su nombre y aceptaremos el reembolso de su seguro, pero usted es responsable de cualquier saldo restante no pagado por el tratamiento prestado. Presentar un reclamo de seguro NO es una garantía de pago. Nuestra práctica aceptará una asignación de beneficios de su compañía de seguros con las condiciones que se enumeran a continuación.

Iniciales ____ Aunque completamos formularios de seguro y presentamos reclamos en su nombre, la oficina de Grape Lakes Family Dental no acepta responsabilidad por el resultado de la transacción. Esta es una cortesía que le extendemos para ahorrarle tiempo y facilitar el pago a nuestra práctica por parte de su compañía de seguros. Al hacer que nuestra práctica procese sus formularios de seguro, es importante que comprenda que esto no elimina su obligación financiera por su tratamiento. Le solicitamos que firme este acuerdo y/o cualquier otro documento de cesión necesario que pueda requerir su compañía de seguros.

Iniciales ____ Le exigimos que pague el coseguro estimado, que es el monto no cubierto por su compañía de seguros, en el momento en que le brindemos el servicio.
***El coseguro es solo una estimación de los cargos y puede resultar insuficiente después de la revisión por parte de su compañía de seguros.

Iniciales ____ Los pagos del seguro normalmente se reciben dentro de los 30 a 60 días desde el momento de la facturación. ***Si su compañía de seguros no ha realizado el pago a nuestra práctica dentro de los 60 días, deberá pagar el saldo total en ese momento. Usted será responsable de buscar el reembolso de su compañía de seguros. Tiene la opción de recibir un reembolso directamente de su compañía de seguros. Si elige hacerlo, todas las tarifas se pagarán en el momento del servicio.

Iniciales ____ Si no se recibe el pago dentro de los 30 días posteriores a la fecha del servicio, se cargará un recargo del 5 % al saldo de su cuenta. A partir de entonces, se aplicará un 5% adicional cada 30 días.

Iniciales ____ El consultorio dental familiar de Grape Lakes no garantiza que su compañía de seguros pagará el tratamiento que reciba de nuestra práctica. Realizamos el procesamiento de facturación de seguros de rutina. Si se deniega su reclamo, usted será responsable de pagar el monto total en ese momento. La oficina de Grape Lakes Family Dental no iniciará una disputa con su compañía de seguros sobre ningún reclamo. Proporcionaremos la documentación necesaria que solicite su compañía de seguros para resolver cualquier confusión o duda que pueda surgir. Cooperaremos plenamente con las regulaciones y solicitudes de su compañía de seguros.

***En última instancia, es su responsabilidad resolver cualquier tipo de disputa sobre los pagos, realizados o no realizados por su compañía de seguros a nuestra práctica.

***Los pacientes sin seguro dental son responsables de pagar los servicios en su totalidad en el momento en que se realiza el tratamiento, a menos que se hayan hecho arreglos previos. Si no se reciben los pagos dentro de los 90 días, su saldo se entregará a un tercero de cobranza, a menos que se hagan arreglos previos.

Entiendo y acepto las pólizas de seguro financiero y dental mencionadas anteriormente. Acepto pagar todo el tratamiento de manera oportuna como se describe para evitar cargos adicionales. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos del tratamiento dental, ya sea que los pague dicho seguro. También autorizo la divulgación de información médica/dental pertinente a la(s) compañía(s) de seguros

Escriba el nombre del paciente o parte responsable

Firma del paciente o responsable

Fecha