

POLIZA OFICIAL FINANCIERA Y DECLARACION FEDERAL FIABLE

Como condicion de su tratamiento por parte de esta oficina, se deben hacer arreglos financieros antes de empezar el tratamiento. La practica depende del reembolso de nuestro pacientes por el costo ocurrido en su atencion para permanecer viable. Sin embargo la responsabilidad financiera de cada paciente debe ser determinada antes del tratamiento. Todos los servicios por emergencias dentales, o cualquier servicio dental hecho sin un arreglo financiero previo deben ser pagados en efectivo al tiempo de que el servicio es rendido. Los pacientes que tienen seguro dental entienden que todo los servicios dentales hechos son directamente cobrados al paciente y que es directamente responsable de pagar por todos los servicios dentales. Esta oficina le ayudara hacer las formas para los seguros o les ayudara en hacer cobros a las companias de seguro y acreditara tal cobro recibido a la cuenta del paciente. De todas maneras esta oficina no puede rendir servicios asumiendo que los cargos van hacer completamente pagados por la compania de seguros.

Un cargo mensual del 18% sera adicionado al balance no pagado y sera puesto a toda las cuentas que excedan 60 dias desde la fecha del servicio a menos que un arreglo financiero se haga previamente. Yo entiendo que la cuota estimada por mi tratamiento dental solo puede ser extendida por un periodo de 6 meses desde la fecha del examen.

En consideracion del servicio dental profesional que se me ha dado (o por mi requerimiento a mi hijo menor o pupilo) por el odontologo. Estoy de cuerdo en pagar el costo del servicio dental proveido por el odontologo o el empleado al tiempo que los servicios fueron prestados o dentro de 5 dias si el credito se ha extendido por el odontologo. En el evento de que mi cuenta no sea pagada estoy de acuerdo en pagar mi balance mas la suma de recargo por la agencia de coleccion a la cual se me ha enviado tambien estoy de acuerdo a pagar los costos del abogado y la corte si fuera necesario. Yo autorizo a dar la informacion financiera de mi cuenta incluyendo cargos, pagos e intereses al odontologo y su agencia de coleccion al igual que el abogado que lleva las colecciones si esto fuera necesario.

Yo doy permiso para que me llamen en mi casa o a mi trabajo para discutir asuntos relacionados con esta forma. Tambien estoy de acuerdo que su oficina me deje mensajes concernientes a citas o resultados.

Este acuerdo remplaza cualquier acuerdo firmado anteriormente incluyendo mediaciones o arbitraje yo estoy consiente que los acuerdos anteriores quedan invalidos y anulados.

Yo autorizo al odontologo y sus designados a dar informacion financiera identificable y descripcion del tratamiento e informacion ya sea electronicamente, fax o por escrito a mi seguro o cualquier identidad que requiera obtener esta informacion.

Estoy consiente que he recibido una copia de las polisas privadas de esta oficina. Estoy de acuerdo en revelar al odontologo nombres de las personas a las que autorizo para discutir mi cuidado dental. Yo certifico que he contestado todas las preguntas en ambos lados de esta forma y con lo mejor de mi conocimiento. Estoy de acuerdo en cumplir las condiciones en este documento.

Firma del paciente

Fecha

Relacion con el paciente _____