

POLÍTICAS FINANCIERAS DE LA OFICINA Y LA LEY FEDERAL DE LA DECLARACIÓN DE LA VERACIDAD EN UN PRÉSTAMO

Como condición de su tratamiento en esta oficina, los arreglos financieros deben hacerse por adelantado. La práctica depende del reembolso de nuestros pacientes por los costos incurridos en su cuidado para seguir siendo viables. Por lo tanto, la responsabilidad financiera de cada paciente debe determinarse antes del tratamiento.

Todos los servicios dentales de emergencia, o cualquier servicio dental realizado sin arreglos financieros previos, deben pagarse en efectivo en el momento en que se prestan los servicios.

Los pacientes que tienen seguro dental entienden que todos los servicios dentales brindados se cargan directamente al paciente y que él o ella es personalmente responsable del pago de todos los servicios dentales. Como cortesía, esta oficina ayudará a preparar los formularios de seguro de nuestros pacientes o ayudará a hacer cobros de las compañías de seguros y acreditará los cobros recibidos a la cuenta del paciente. Sin embargo, esta oficina dental no puede prestar servicios en el supuesto de que nuestros gastos serán pagados en su totalidad por una compañía de seguros.

Se aplicará un cargo por servicio mensual a una tasa fija del 1.5% por mes / 18% anual * del saldo impago a partir del último día de cada mes y se agregará al saldo de todas las cuentas que excedan los sesenta (60) días a partir de la fecha del servicio a menos que se hayan hecho arreglos financieros previamente escritos. Entiendo que la tarifa estimada que se incluye para esta atención dental solo se puede extender por un período de seis (6) meses a partir de la fecha del examen del paciente.

En consideración a los servicios profesionales que me brindarán, (o a petición mía, a mi hijo o pupilo menor) por parte del dentista, acepto pagar los honorarios cobrados por los servicios dentales brindados por el dentista o empleado autorizado en ese momento. los servicios se prestan, o dentro de los cinco (5) días posteriores a la facturación, si el dentista extiende el crédito. En caso de que mi cuenta se vuelva delincente, acepto pagar el saldo restante más la suma de la tarifa de cobro cobrada por la agencia de cobro a la que se asigna una cuenta delincente para su cobro, además de honorarios razonables de abogados y costas judiciales cuando tales servicios legales son necesarios. Autorizo la divulgación de información financiera identificable con respecto a mi cuenta, incluidos los cargos facturados, los pagos realizados y los cargos por intereses evaluados, etc. a la agencia de cobros del dentista o al abogado de cobranzas en caso de que los procedimientos de cobranza sean necesarios.

Otorgo mi permiso a usted o a su cesionario para que llamen a mi casa o mi lugar de trabajo para hablar sobre asuntos relacionados con este formulario. También acepto permitir que esta oficina deje mensajes sobre citas y / o resultados en mi contestador automático o con un miembro de la familia.

Este acuerdo reemplaza todos los acuerdos anteriores firmados, incluidos todos y cada uno de los acuerdos de mediación o mediación / arbitraje. Reconozco que cualquier mediación anterior o acuerdos de mediación / arbitraje firmados previamente relacionados con arreglos financieros o calidad de la atención son nulos e inválidos.

Autorizo al dentista o a sus representantes a divulgar información y descripciones de tratamiento financiero e información, ya sea de forma electrónica, por fax o en papel a mi compañía de seguros o cualquier entidad relacionada que requiera que se envíe dicha información.

Reconozco que debo solicitar la Política de privacidad de la oficina y que he recibido una copia de la Política de privacidad de esta oficina cuando lo solicite. Acepto divulgar los nombres al dentista de las personas con las que autorizo al dentista a hablar sobre mi asistencia dental. Reconozco que hay una autorización que debo firmar.

Certifico que he respondido todas las preguntas en los formularios de Bienvenida e Historial de Salud de forma precisa y según mi leal saber y entender. Por la presente, acepto cumplir con las condiciones que se detallan en este documento.

Firma del paciente, padre o tutor

Fecha

Imprimir el nombre

Relación con el paciente: _____

* la tasa de interés cobrada puede ser a discreción de esta oficina o contador de la oficina.