

Acuerdo de Pago

Querido paciente,

Nuestra oficina se complace en tener la oportunidad de servirle. Nuestra misión principal es proveerle con cuidado dental de calidad y costo efectivo. Juntos, nosotros (pacientes y médicos) tratamos de adaptarnos a la forma en que se financia y se administra la asistencia sanitaria. La siguiente carta describe algunos de los pasos financieros y de procedimiento requeridos por su seguro o planes de cuidado administrado.

Pauta de pago:

- Debemos recolectar copagos, coaseguro y / o deducibles al momento del servicio, a menos que se hayan hecho otros arreglos por adelantado con nuestra oficina.
- Aceptamos efectivo, cheques, giros postales y tarjetas de crédito (Visa, MasterCard, American Express, Discover)
- El resto de su factura se enviará a su compañía de seguros para el pago a nuestra oficina.

Si por error su compañía de seguros remite este pago a usted por favor envíenoslo junto con todo el papeleo enviado a usted. No envíe el pago a la compañía de seguros.

¿Cuándo presentar la tarjeta de seguro?

Por favor presente su tarjeta de seguro en CADA VISITA. Concretamente traiga a nuestra atención cualquier cambio (Nueva tarjeta, nuevo grupo #, etc.) desde su última visita. Esto le protege de pagar una factura porque teníamos la información incorrecta del seguro. Hay estrechas (30-45 días) para presentar una reclamación exacta para corregir la compañía de seguros. Si no lo hace, la reclamación puede ser denegada. Además, si tiene seguro secundario, será presentado en su nombre como cortesía. Sin embargo, si no hemos recibido el pago de su seguro secundario, de manera oportuna el saldo se convertirá en su responsabilidad.

¿La compañía de seguros niega el pago?

1. Se trata de una enfermedad o afección preexistente que no cubren.
2. Usted no ha cumplido con su deducible del año complete
3. El tipo de servicio dental requerido no está cubierto
4. El seguro no estaba vigente en el momento del servicio
5. Usted tiene otro seguro que debe ser presentado primero
6. Ha excedido su cantidad máxima de dólares / visitas
7. Usted no tiene una referencia # para su visita / servicio

Si su seguro niega su reclamo por cualquier motivo anterior, nuestra oficina no puede ser responsable de esta factura. Por lo tanto, se le considerará responsable de pagar la cantidad denegada en su totalidad.

He leído y entendido mis obligaciones financieras Entiendo que esta oficina presentará una reclamación de seguro en mi nombre Yo asigno el producto de dicha reclamación de seguro a Dominion 1 Dental. Entiendo que seré completamente responsable del pago de todos y cada uno de los servicios dentales denegados por mi seguro según sea aplicable por la Ley Estatal y Federal.

FIRMA: _____

FECHA: _____