

POLIZA OFICIAL FINANCIERA Y DECLARACION FEDERAL FIABLE

Como condición de su tratamiento por esta oficina, los arreglos financieros deberán hacerse por adelantado. Las practicas dependen del reembolso de nuestros pacientes por el costo incurrido en su atención. Para permanecer viable las responsabilidades financieras de cada paciente tendrá que ser determinada antes del tratamiento.

Todos los servicios dentales de emergencia o cualquier servicio dental realizado sin previos arreglos financieros deberán ser pagados en efectivo en el tiempo que se prestó el servicio.

Pacientes con aseguranza dental comprenden que todos los servicios dentales suministrados con cobrados directamente al paciente y que el o ella son personalmente responsables de pagar todos los servicios dentales. Esta oficina ayudará a preparar las formas de aseguranza de nuestros pacientes o los ayudará en hacer cobros a las compañías de aseguranza y acreditará tal cobro recibido a la cuenta del paciente. De cualquier modo esta oficina dental no puede rendir servicios asumiendo que los cargos serán completamente pagados por una compañía de aseguranza.

Un cargo por servicio de 1.75% por mes (21% por año) del balance no pagado será impuesto en todas las cuentas que se excedan de sesenta días de la fecha del servicio a menos que previamente haya un arreglo financiero por escrito satisfactorio. Comprendo que la cuota estimada por este cuidado dental solo puede ser extendida por un período de seis meses desde la fecha del examen del paciente.

En consideración del servicio profesional que se me ha dado, o por mi petición para mi hijo menor o por la pervención del dentista estoy de acuerdo de pagar el valor razonable de dicho servicio por dicho dentista o lo que se asignó en el tiempo que dicho servicio fue prestado o antes de cinco (5) días de facturación si el crédito fuera extendido. Estoy de acuerdo que el valor razonable de dicho servicio deberá ser enviado antes del tiempo de su pago a menos que yo me opusiera por escrito. Estoy de acuerdo que una renuncia de cualquier tipo de violación o condición de aquí en adelante no constituye una renuncia de cualquier término o condición adicional. Estoy completamente de acuerdo de pagar de ahora en adelante por todos los costos y cuotas razonables de un abogado en caso de ser distituido un caso legal para cobrar el dinero debido por mi. Autorizo dar información financiera identificable concerniente a mi cuenta, incluyendo cargos enviados, pagos hechos y cargos de interés a la agencia de cobro o al abogado de cobranzas si fuera necesario.

Doy autorización a ustedes o a su asignado de llamar por teléfono a casa o a mi lugar de trabajo para tratar cosas relacionadas a esta forma.

Este acuerdo reemplaza todo arreglo firmado anteriormente, incluyendo cualquier y/o todas las intervenciones de arbitraje o arreglos de arbitraje. Estoy consiente que cualquier intervención de un acuerdo arbitrario firmada anteriormente relacionada con arreglos financieros o calidad del cuidado queda invalido y anulado.

Autorizo al dentista o a su asignado dar información financiera identificable y descripción del tratamiento e información ya sea electrónicamente, por fax o por escrito a mi agente de aseguranza o cualquier entidad relacionada que requiera obtener dicha información.

Certifico que he contestado precisamente todas las preguntas de esta forma y con el mejor de mi conocimiento. Estoy de acuerdo por este medio de someterme a las condiciones dichas en este documento.

Firma del paciente, padre o guardián

Fecha

Relación con el paciente