

Política Financiera

Damos la bienvenida a usted y a su familia a Potranco Smiles. Esperamos que le proporcione de primera atención dental de calidad a precios asequibles. Para ofrecerle el servicio y la atención más beneficiosa y completa, le pedimos que revise y complete nuestro formulario de consentimiento de oficina y política financiera. Estaremos encantados de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre el tratamiento propuesto y las opciones financieras disponibles.

Nos esforzamos por mantener informados e involucrados en su tratamiento tanto como sea posible.

Tienes que ser consciente de que:

- Usted es responsable del pago de cualquier servicio proporcionado a usted, en el momento en que se presta el servicio.
- Siempre haremos nuestro mejor esfuerzo para ayudar a maximizar sus beneficios.
- Aunque presentemos reclamaciones por usted como una cortesía, su póliza de seguro dental es un contrato entre usted, su empleador y su compañía de seguros. No somos una parte de ese contrato.
- Su plan de tratamiento se adapta de forma individual, y no se basa en sus beneficios de seguro dental o la falta de beneficio.
- No todos los servicios sean beneficios en todos los contratos cubiertos. Algunas compañías de seguros arbitrariamente seleccionan ciertos servicios que no cubren.
- Es su responsabilidad de entender a fondo la cobertura y excepciones de su política en particular. Los problemas de cobertura sólo se podrán remitir por el administrador del plan del empleador o grupo. No podemos actuar como mediador con el transportista o su empleador.
- Nuestro personal está capacitado para ayudarle con las preguntas que pueda tener en relación a cómo se presentó su reclamo, o con respecto a cualquier información adicional que su portador puede necesitar para procesar su reclamo. Por favor, pregunte si usted tiene alguna pregunta.
- Como una cortesía a todos nuestros pacientes asegurados, vamos a presentar sus formularios de reclamación de seguros dentales. En especial circunstancias, cheque de beneficios de una empresa de seguros en particular se pueden enviar directamente a nuestra oficina. En tales casos, usted es responsable en el momento del tratamiento para el pago a nosotros de cualquier deducible aplicable y por su parte el coseguro. Todos los pagos realizados directamente a usted por su compañía de seguros sobre los saldos pendientes de pago deberán ser remitidos de inmediato a nuestra oficina para que su cuenta pueda ser acreditado en consecuencia.
- Su reclamación será presentada inmediatamente, y se espera que los beneficios sean para ser pagado dentro de 30 a 45 días.



Gloss Dental

CARE | COMFORT | CONVENIENCE

La presentación de una reclamación de seguro no le exime del pago oportuno de su cuenta. Si la reclamación no se borra por su compañía en 60 días, la parte no pagada se convertirá automáticamente en "auto -pago " y una declaración será emitida a su nombre por la parte no pagada . Usted es responsable de cualquier cantidad de su compañía de seguros decide no pagar por la razón que sea.

No dude en ponerse en contacto con su compañía de seguros respecto a los beneficios sin pagar.

Estaremos encantados de ofrecerle una carta que incluya toda la información pertinente que usted puede firmar y enviar por correo.

Entiendo y acepto la financiera y las pólizas de seguro dental enumeradas anteriormente y que han tenido cualquiera y todas las preguntas contestadas a mi satisfacción.

Estoy de acuerdo en pagar por todos los tratamientos de manera oportuna como se describe.

Política de Reembolso

Todos los pagos recogidos en la fecha de servicio se pueden reembolsar mismo día. Los reembolsos Solicitar después de la fecha de servicio será procesada dentro de 15 días de formulario de presentación de reembolso. Tenga en cuenta TODOS PENDIENTES Reclamaciones de Seguros debe ser pagado por su compañía de seguros antes de que se puede hacer un reembolso.

[Para los pacientes con seguro dental que preferirían sus ins . Empresa para enviar el pago a la oficina]

Yo _____ Por la presente autorizo mis beneficios del seguro a ser pagados directamente a Alvin Smiles . Me doy cuenta de que soy responsable de pagar cualquier cantidad (s) deducible, mi porción del coaseguro y por los servicios no cubiertos.

Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier y todos los cargos de tratamiento dental y honorarios incurridos , ya sea o no por dicho seguro y estoy de acuerdo a su pago que en su totalidad. También por la presente autorizo la divulgación de información médica / dental pertinente a la compañía(s) de seguros.

Este orden se mantendrá en efecto hasta que sea revocada por mí por escrito . Una fotocopia de esta asignación debe ser considerada tan válida como el original.

Paciente / Tutor Firma Legal _____

Fecha _____

Staff Initials _____