

ARGUMENTO DE OPCIONES PARA PAGO

Nombre de la Practica: Henderson Pediatric Dentistry (Rhonda L. Kearney, DDS, MS, PLLC)

Plan de Tratamiento o Nombre de la Coordinadora de Finanzas: _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Persona legalmente responsable de tomar las decisiones de tratamiento o argumentos financieros:

Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: (Casa) _____ (Trabajo) _____

(Cell) _____ (Correo electrónico) _____

(A que # de tel. podemos comunicarnos con usted durante el día: pongale una estrella a este # * si esta bien que le marquemos a este #?)

Porfavor cheque la caja apropiada:

Padres **Guardian Legal** **Otro:** _____

Agradecemos tu selección de nuestra oficina dental para servir las necesidades de salud dental de su hijo. Nuestro objetivo es proporcionar el cuidado dental de más alto calidad para los niños. Al mismo tiempo, nos gustaría establecer una relación sana con familias, explicando el tratamiento necesario y honorarios. En un esfuerzo por reducir costos dentales manteniendo un alto nivel de atención profesional, hemos establecido las siguientes opciones de pago para que usted elija. Por favor, compruebe la opción deseada, colocando una marca de verificación en el cuadro. Se requiere una firma en la página dos de la persona haciendo y la adhesión a este acuerdo financiero.

OPCION UNA – Delta Dental, Blue Cross Blue Shield Insurance or MetLife

Me gustaria que una de las aseguranzas mencionadas abajo se le mande el bill para pago electronicamente.

Nombre del recipiente: _____

Delta Dental or NCBCBS or MetLife number: _____

OPCION DOS – Aseguraza paga por visita– estimado co-pago de 20%

Me gustaría pagar la parte estimada (20%) en cada visita por dinero en efectivo, cheque o tarjeta de crédito. Los beneficios de seguros se asignará directamente a la práctica dental. Cualquier saldo restante no cubierta por el seguro se pagará por la parte responsable en su totalidad, dentro de los 30 días de la factura. Si el pago completo por su compañía de seguro dental da como resultado un crédito en tu cuenta, esto será reembolsado a usted. También tiene la opción de aplicar cualquier crédito para futuras visitas dentales para su hijo o hijos.

OPCION TRES – Medicaid O Health Choice

Me gustaria que le mandarin la cuenta electronicamente a Medicaid o Health Choice.

Nombre del Recipiente: _____

Medicaid o Numero de Health Choice: _____

OPCION CUATRO – Fuera del Financiamiento

Me gustaría sacar provecho de la compañía de Finanzas recomendada, hacer pagos mensuales a ellos directamente por los servicios prestados en esta práctica dental. Entiendo que son disposiciones financieras con el prestamista de terceros. Una aplicación completa fue presentada y autorizado previamente en: _____, en la cantidad de \$ _____.

Terminos: _____
Nombre del prestamista: _____ # de Cuenta: _____

OPCION CINCO – PAGO-PROPIO

Me gustaria pagar por los servicios es mismo dia de la cita.

Póliza de seguros: POR FAVOR ENTIENDA como una cortesía, le asistiremos en la clasificación de su seguro, sin embargo nos gustaría subrayar que, el seguro es un acuerdo entre usted, su empleador, y su transportista de seguros. No somos un partido(parte) a aquel acuerdo y creemos que su seguro no debería dictar su plan de tratamiento del dentista. Sin embargo, estaremos contentos de asistirle en maximizar sus ventajas dentales. A diferencia del seguro médico, el seguro dental es una forma de asistencia financiera y no querido para pagar el cuidado en su totalidad. En ningún momento garantizamos lo que su seguro va o no hacer con cada reclamación. También no podemos ser responsables de ningún error en la clasificación de su seguro. Otra vez, archivamos reclamaciones como una cortesía a usted. Como un recordatorio, después de que el pago total ha sido hecho por su compañía de seguros dental, usted será pasado la factura por cualquier saldo deudor excepcional. Si el pago total por su compañía de seguros dental causa un crédito en su cuenta, esto será reembolsado a usted. Usted también tiene la opción de aplicar cualquier crédito a futuras visitas dentales de su niño o niños.

Como recordatorio, después de satisfecho el pago completo de su compañía de seguros dental, que se facturará de cualquier saldo pendiente de pago. Si el pago total de su compañía de seguros dental resultados en un ingreso en su cuenta, este le será devuelta. También tiene la opción de aplicar algún crédito a futuras visitas a consultorios odontológicos de su hijo o hijos.

Tratamiento previo Autorización: Algunas compañías de seguros recomiendan una estimación de los trabajos a realizar y las tasas que se cobran antes de determinar sus beneficios. Si es así, nosotros le daremos con el tratamiento previo pago estimación. En este caso, le corresponde a usted para determinar si desea continuar con el tratamiento antes de que la prestación del seguro médico es determinado.

Aparatos: La mitad (1/2) el costo del dispositivo debe pagarse el día se toman impresiones de dientes de su hijo. Esto es necesario porque nuestra Oficina debe pagar las facturas de laboratorio cuando se ordenaron a aparatos, no cuando se completaron. El resto del costo del dispositivo es exigible en el día de la entrega a su hijo.

Al firmar a continuación, acepto la opción financiera que he elegido y más acusará recibo de las políticas puestas en práctica Ha sido explicado que cualquier demora en el tratamiento puede resultar en riesgos para la salud, la necesidad de procedimientos dentales o médicos adicionales y honorarios asociados que no pueden ser cubiertos por el seguro, o de cualquier tercero.

Firma Del Padre(s)/ Guardian: _____

Fecha: _____

Firma del la persona responsable de tomar las decisiones financieras y de el tratamiento: _____

Fecha: _____

Testigo por: _____ Fecha: _____