RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Nombre

Apellido

Fecha de nacimiento

✓✓✓

Debemos enfatizar que, como proveedores de atención dental, nuestra relación es con usted, no con su compañía de seguros. Tomaremos su información del seguro y presentaremos el reclamo en su nombre; sin embargo, todos los cargos son su responsabilidad desde la fecha en que se prestan los servicios. No todos los servicios están cubiertos en todos los contratos dentales. Si su seguro le envía los pagos directamente, usted es responsable del saldo total, pagadero en el momento del servicio. Entiendo que es MI responsabilidad determinar mi elegibilidad para beneficios de seguro. 417 Smiles NO es responsable de determinar los montos de beneficio ni la elegibilidad. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sea que el seguro pague o no. Si los cargos no se pagan y no se realizan otros arreglos financieros, podemos enviar la cuenta a una agencia de cobranza o a un abogado. Entiendo que puedo ser responsable de todos los costos de cobro y de los honorarios razonables de abogados.

Se aplicará un cargo administrativo mensual a todas las cuentas vencidas más de 60 días. HABRÁ UN CARGO DE SERVICIO DE $25 POR TODOS LOS CHEQUES DEVUELTOS.

Nos esforzamos por ser muy considerados con su tiempo y le pedimos que sea considerado con el nuestro. Su cita es un momento reservado exclusivamente para usted, y nosotros incurrimos en costos cuando las citas se cancelan o se reprograman en el último momento o no se presentan. Le pedimos que nos avise con 24 horas de anticipación si necesita reprogramar una cita para que podamos ofrecer ese espacio a otro paciente.

Si, en el transcurso de dos (2) años, dos (2) citas se reprograman sin un aviso de 24 horas, podemos cobrar una tarifa. Todas las citas no asistidas estarán sujetas a una tarifa, cuyo monto quedará a nuestra discreción. Además, podemos requerir un depósito para reservar una cita. Si la cita no se cumple, el depósito puede no ser reembolsado. De lo contrario, el depósito se aplicará al saldo del paciente.

En 417 Smiles seguimos el Estándar de Cuidado recomendado por la ADA en cuanto a la frecuencia de realizar exámenes dentales y obtener radiografías dentales. Entiendo que mi dentista puede negarse a realizar tratamientos no urgentes si me niego a las radiografías y/o exámenes necesarios más allá de los límites del Estándar de Cuidado. Si usted se niega a las radiografías, es posible que el seguro niegue el tratamiento necesario y usted será responsable del saldo de la cuenta.

Por la presente, asigno todos los beneficios dentales por servicios prestados en esta oficina, incluidos los provenientes de seguros privados y cualquier otro plan dental o de salud, a:

417 Smiles
1824 S. Lone Pine Ave Ste A
Springfield, MO 65804

Esta asignación permanecerá en vigor hasta que la revoque por escrito. Se considerará que una fotocopia es tan válida como el original. Entiendo que cualquier y toda información puede ser divulgada para asegurar el pago y/o a solicitud o autorización de cualquier otra parte conforme a mi autorización.

He recibido una copia de las Responsabilidades del Paciente de 417 Smiles.

Firma: _____