

POLIZA OFICIAL FINANCIERA Y DECLARACION FEDERAL FIABLE

Como condicion de su tratamiento por parte de esta oficina, se deben hacer arreglos financieros antes de empezar el tratamiento. La practica depende del reembolso de nuestros pacientes por el costo ocurrido en su atencion para permanecer viable. Sin embargo la responsabilidad financiera de cada paciente debe ser determinada antes del tratamiento.

Todos los servicios por emergencias dentales, o cualquier servicio dental hecho sin un arreglo financiero previo deben ser pagados en efectivo al tiempo de que el servicio es rendido.

Los pacientes que tienen seguro dental entienden que todos los servicios dentales hechos son directamente cobrados al paciente y que es directamente responsable de pagar por todos los servicios dentales. Esta oficina le ayudara hacer las formas para los seguros o les ayudara en hacer cobros a las companias de seguro y acreditara tal cobro recibido a la cuenta del paciente. De todas maneras esta oficina no puede rendir servicios asumiendo que los cargos van hacer completamente pagados por la compania de seguros.

Un cargo mensual del 1.5% (18% al año) sera adicionado al balance no pagado y sera puesto a todas las cuentas que excedan 60 dias desde la fecha del servicio a menos que un arreglo financiero se haga previamente. Yo entiendo que la cuota estimada por mi tratamiento dental solo puede ser extendida por un periodo de 6 meses desde la fecha del examen. Tambien entiendo que alguna cita a la cual yo falle a llegar o no cancele con 24 horas de aviso, se cargará a mi cuenta.

En consideracion del servicio dental profesional que se me ha dado (o por mi requerimiento a mi hijo menor o pupilo) por el Dr. Baldwin, Dr. Petersen o sus empleados. Estoy de acuerdo en pagar el costo del servicio dental proveido por Dr. Baldwin, Dr. Petersen o el empleado al tiempo que los servicios fueron prestados o dentro de 5 dias si el credito se ha extendido por el odontologo. En el evento de que mi cuenta no sea pagada estoy de acuerdo en pagar mi balance mas un recargo de 40% de el balance principal para cobrar la agencia de coleccion a la cual se me ha enviado o asignado para la coleccion y tambien estoy de acuerdo en pagar los costos del abogado y la corte si fuera necesario. El recargo es para los costos que vienen como parte de las colecciones y las acciones para colectar el dinero debido. Doy permiso de dar informacion financiera identificable relacionada a mi cuenta, incluyendo facturas, pagos hecho, y cargos de interes acumulados, etc. a la agencia de colecciones o al abogado de colecciones si estas acciones sean necesarias.

Yo doy permiso para que me llamen a mi casa o a mi trabajo para discutir asuntos relacionados con esta forma. Tambien estoy de acuerdo que su oficina me deje mensajes concernientes a citas o resultados.

Este acuerdo reemplaza cualquier acuerdo firmado anteriormente incluyendo mediaciones o arbitraje yo estoy consiente que los acuerdos anteriores quedan invalidos y anulados.

Yo autorizo al Dr. Baldwin, Dr. Petersen o sus designados a dar informacion financiera identificable y descripcion del tratamiento e informacion ya sea electronicamente, fax o por escrito a mi seguro o cualquier identidad que requiera obtener esta informacion.

Estoy consiente que he recibido una copia de las polizas privadas de esta oficina. Estoy de acuerdo en revelar al Dr. Baldwin o Dr. Petersen, nombres de las personas a las que autorizo para discutir mi cuidado dental. Yo certifico que he contestado todas las preguntas en ambos lados de esta forma y con lo mejor de mi conocimiento. Estoy de acuerdo en cumplir las condiciones en este documento.

Firma del paciente

Fecha

Relacion con el paciente _____