



## Información de Seguros y Política Financiera

### Información del seguro

Nombres de los pacientes cubiertos bajo esta política \_\_\_\_\_

\*Persona que lleva seguros \_\_\_\_\_ \*Su número de seguro social \_\_\_\_\_

\*Su cumpleaños \_\_\_\_\_ \*Relación con el niño \_\_\_\_\_ \*Teléfono de la casa \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente a la del niño) \_\_\_\_\_

\*Empleador \_\_\_\_\_ \*Teléfono de la empresa \_\_\_\_\_

\*Compañía de seguros \_\_\_\_\_ \*Número de teléfono \_\_\_\_\_

\*Dirección de la compañía de seguros \_\_\_\_\_

\*Número de grupo \_\_\_\_\_ \*Número de suscriptor \_\_\_\_\_

\*¿Es su hijo cubierto por una compañía de seguros secundaria? \_\_\_\_\_

**Como una cortesía a usted, vamos a facturar a su compañía de seguros para el tratamiento. Por favor, tenga en cuenta que solo usted es responsable para el pago de esta cuenta. Cualquier negociación de pago, si estimación o final, son entre el asegurado y la compañía de seguros. No son parte en este contrato. No es responsabilidad de la sonrisa de la Academia de Pediatría Odontología para determinar lo que será o no cubrirá su seguro. Su compañía de seguros hace la determinación final de su elegibilidad y beneficios. Al firmar este documento, usted acepta pagar los cargos incurridos.**

### Política financiera

**Estado mensual:** Si hay un balance en su cuenta recibirá una declaración. El balance en su cuenta se debe a recibiendo de la declaración.

**De copago con seguros:** Para el tratamiento de restauración vamos a solicitar una estimación de beneficios dentales (EOB) de su proveedor de seguros. El EOB determinará la porción **estimada** de la tasa de tratamiento próxima que será la responsabilidad del paciente (co-pago). Su seguro proveedor puede o no enviarle una copia de este EOB. Si usted no recibe una copia de la EOB, es su responsabilidad llamar a nuestra la oficina antes de la cita con el fin de determinar su porción **estimada** de los gastos de restauración.

**Su co-pago es debido en el el tiempo de servicio.** Su compañía de seguros determinar su exacta copago después de procesar su reclamo. Si un equilibrio sigue siendo después de haber recibido el pago del seguro, recibirá una declaración por el saldo restante.

**Los cargos a la cuenta:** Tendremos el derecho de cancelar su privilegio de hacer cargos en contra de su cuenta en cualquier momento. Las visitas futuras sería entonces tendrá que ser pagado en su totalidad en el momento de los servicios, sin importar el seguro.

**Política de nombramiento roto:** Si usted no puede asistir a su cita por favor, dar nuestra oficina sin previo aviso menos de 24 horas. Si no sedarnos aviso se considera una cita rota. Cada **familia** tiene derecho a tres citas (3) rotos en un (1) año. Adicional citas canceladas se traducirá en el despido.

**Las restauraciones de composite:** Es la política de la Academia de la sonrisa de utilizar compuesto (color del diente) en restauraciones anteriores y posteriores los dientes en lugar de las restauraciones de amalgama (plata) en la mayoría de los casos. La mayoría de las compañías de seguros cubrirán la cuota para una restauración de amalgama de un diente posterior, independientemente de que la restauración se hace. Usted será responsable de la diferencia en el costo. Si prefiere las restauraciones con amalgama en lugar de restauraciones compuestas por favor, consultar el doctor **antes** de recibir cualquier tratamiento.

Autorizo a cualquier compañía de seguros, actuando en mi nombre, para pagar la sonrisa Academia todos los beneficios de seguro de otro modo pagadero a mí para servicios prestados. Autorizo a que el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguros.

Autorizo sonrisa Academia para liberar toda la información necesaria para asegurar el pago de las prestaciones. **Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos incurridos a esta cuenta.**

Signatura \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_