

Granger Pediatric Dentistry

3535 S Market Street Suite #145

West Valley City, UT 84119

(801) 969-8881

www.grangerpd.com

grangerpediatricdentistry@gmail.com



Contrato financiero:

Si el paciente no tiene seguro dental, se espera el pago total el día del servicio. Si el paciente tiene seguro dental, la parte responsable pagará la parte estimada del paciente y el deducible el día del servicio: el seguro se facturará como cortesía; sin embargo, tenga en cuenta que si el seguro no paga dentro de los 60 días. Se espera el pago total de la parte responsable.

Debido a que es su seguro, usted es el responsable final de conocer y ejecutar los requisitos de su seguro. Le recomendamos encarecidamente que llame a su seguro para verificar su plan. Ninguna compañía de seguros garantizará un pago exacto. Tenga en cuenta que todos los seguros transmiten un descargo de responsabilidad que establece que solo brindan información general cuando llamamos para verificar sus beneficios.

Haremos todo lo posible para ayudarlo a obtener el máximo de su plan de seguro. Sin embargo, **el seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros.** Por lo tanto, usted es el último responsable del pago total de su cuenta.

Entiendo que las compañías de seguros pagan según un programa de tarifas habitual y que las tarifas cobradas por el médico son las tarifas reales. Soy responsable de toda la diferencia entre los honorarios del médico y los honorarios del seguro. Entiendo que el Doctor usará material de relleno blanco y algunas compañías de seguros reducirán la tarifa de la tasa de relleno de plata (amalgama). Es mi responsabilidad pagar la diferencia, si la hubiera, entre las dos tarifas. Entiendo que cada 6 meses mi hijo tendrá un examen completo, que incluye radiografías, tratamiento de profilaxis y fluoruro. Si mi seguro no lo cubre con tanta frecuencia, es mi responsabilidad informar al personal antes de que mi hijo regrese a su cita. Entiendo que si mi hijo ha sido referido por otro dentista, es posible que mi seguro no cubra el costo del examen o las radiografías debido a las limitaciones del plan, y es mi responsabilidad pagar. Al programar un trabajo con sedación oral, entiendo que mi seguro NO CUBRIRÁ este cargo. La tarifa de sedación de \$200 se debe pagar en su totalidad junto con todos los copagos dentales estimados en la fecha del servicio. Se aplicará un cargo por cheque devuelto de \$25 a su cuenta en todos los cheques devueltos. Habrá cargos por pagos atrasados, cargos por cartas certificadas, cargos por facturación y cargos financieros agregados a todas las cuentas con más de 60 días de retraso. Se obtendrán verificaciones de crédito con todos los acuerdos financieros que no se paguen en su totalidad en la fecha del servicio. La parte responsable acuerda pagar todos los honorarios de abogados y costos judiciales asociados con el cobro de los servicios prestados. Las tarifas de recaudación del 40% se agregan a la cuenta cuando se entrega a la agencia. Si su cuenta se entrega para el cobro, el abajo firmante acepta pagar todos los costos para cobrar la deuda, incluidos, entre otros, intereses por la cantidad del 18% anual, honorarios de abogados, costos judiciales y cobro de deudas a un agencia de cobranza de deudas de terceros.

He leído y entiendo esta política.

Firma Electronica
