

Dental Health Associates, P.A.

Poliza Financiera

Este es un acuerdo entre Dental Health Associates, P.A como acreedor, y el Paciente/Deudor nombrado en esta forma.

En este acuerdo las palabras “usted”, “su” y “el suyo” se refieren al Paciente/Garante/Deudor. La palabra “cuenta” significa la cuenta que ha sido establecida en su nombre en la cual cargos son hechos y pagos acreditados. Las palabras “nosotros”, “nuestro” y “DHA” se refieren a Dental Health Associates, P.A.

Al ejecutar este acuerdo usted esta de acuerdo con ser financieramente responsable por todos los servicios recibidos y cualquier servicio que ha sido iniciado y no completado, y a pagar cualquier balance que no es cubierto por su seguro o cualquier otra tercera parte.

Pagos: A menos que otros arreglos sean aprobados por nuestras oficinas por escrito, todos los cargos y procedimientos que no son cubiertos por su seguro se deben pagar al momento del tratamiento. Cualquier balance no cubierto o pagado por el seguro o cualquier otro tercer pagador es responsabilidad del paciente o del garante. El balance en su estado de cuenta debe ser pagado cuando se emite, y estara atrasado si no ha sido pagado dentro de 30 days de la fecha de la emision.

Opciones de pago si no tiene seguro:

Pagos debe ser hechos a la hora de servicio. Usted puede pagar con efectivo, cheque, o tarjeta de credito el dia que el tratamiento sea prestado. Si califica, usted puede financiar su tratamiento dental hasta por 12 meses sin interes utilizando Citi Card. (Note: Hay penalidades significantes si el balance no es pagado por completo al final del termino).

Opciones de pago si tiene seguro:

A. Cargos, deducibles, servicios no cubiertos, tratamiento reformado : deben ser pagados a la hora de servicio. Puede elegir si pagar su deducible o porcion de su bolsillo en el momento que el servicio es prestado con efectivo, cheque o tarjeta de credito.

B. Cobertura fuera de participacion: Si nosotros no participamos con su plan dental, el pago se espera a la hora de servicio. Usted puede pagar con efectivo, cheque o tarjeta de credito. Nosotros solicitaremos a su seguro que manden el pago directamente a usted. Es la responsabilidad del paciente verificar el estado de participacion con el seguro antes de su visita a nuestra oficina.

Seguro: Seguro es un contrato entre usted, su empleador y su compania de seguro. Mientras que DHA pueda asistirle estimando sus beneficios, usted es responsable de conocer y entender sus beneficios y limitaciones. Aunque nosotros estimemos lo que su compania de seguro pueda pagar, su aseguranza hace la determinacion final de su elegibilidad, servicios cubiertos, y beneficios elegibles a ser pagados. **NINGUNA DECLARACION POR UN REPRESENTANTE DE DHA O ESTIMADO ESCRITO DE SUS BENEFICIOS DE SEGURO O RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE POR DHA DEBE SER CONSIDERADO COMO CONTRATO ENTRE USTED Y DHA. USTED ES RESPONSABLE Y ESTA DE ACUERDO EN PAGAR CUALQUIER CARGO O CUALQUIER PORCION DE LOS CARGOS CONSIDERADOS NO CUBIERTOS O CONSIDERADOS NO SER MEDICAMENTE O DENTALMENTE NECESARIOS POR SU SEGURO.**

Si su seguro requiere un referido y/o pre-autorizacion, usted es responsable en obtenerlo. El no obtener el referido y/o pre-autorizacion puede resultar en un pago mas bajo o negacion de beneficios de su seguro dental. Si usted ha sido referido o requiere servicios de un proveedor fuera de DHA usted es completamente y unicamente responsable por los servicios rendidos por ese proveedor.

Cheques devueltos: Hay una tarifa (\$35.00) por cualquier cheque que sea devuelto por el banco.

Cuentas Atrasadas: Si su cuenta se vuelve atrasada tomaremos los pasos necesarios para recolectar esa deuda. Estaremos encantados en hacer un plan de pago razonable con usted. Sin embargo, si todos los esfuerzos en obtener pagos en su cuenta han sido hechos, su cuenta puede ser enviada a una agencia de cobros. Si tenemos que referir la coleccion del balance a un abogado, usted deber pagar todos los costos incurridos del abogado mas todos los costos de corte. En caso de demanda, usted esta de acuerdo que el lugar de litigacion debe ser en New Jersey.

Renuncia a la confidencialidad: Usted entiende que si esta cuenta es sometida a un abogado o a una agencia de cobros, o si tenemos que litigar en los tribunales, o si su estado atrasado es reportado a una agencia de credito, el hecho que usted haya recibido tratamiento en nuestra oficina puede volverse un asunto de interes publico.

Divorcio: En caso de divorcio o separacion, la persona responsable por la cuenta antes del divorcio o separacion se mantiene responsable por la cuenta. Despues del divorcio o separacion, el padre que autoriza tratamiento para un nino (a) sera el padre responsable por esos cargos. Si el divorcio requiere que el otro padre pague todo o parte de los costos del tratamiento, es la responsabilidad del padre autorizante a coleccionar pago del otro padre.

Transferir Registros: Usted tiene que solicitar por escrito y pagar una tarifa razonable si quiere obtener copias de sus registros (ver poliza de registros medicos). Usted nos autoriza a incluir toda informacion relevante, incluyendo su historial de pago. Si usted esta solicitando que sus archivos sean transferidos de otro doctor o organizacion a nosotros, usted nos autoriza a recibir toda informacion relevante, incluyendo su historial de pago.

Compensacion a los trabajadores: Nosotros requerimos aprobacion/autorizacion escrita por su empleador y/o compensacion a los trabajadores antes de su visita inicial. Si su reclamo es negado, usted sera responsable por pago completo. No podemos cobrar a su abogado por cargos incurridos debido a ser un caso de compensacion a los trabajadores.

Lesiones personales: Si usted es tratado como parte de una demanda por lesiones personales o reclamo, nosotros requerimos verificacion de su seguro antes de su visita inicial. Ademas a esta verificacion, requerimos que usted nos permita cobrar a su seguro medico. Pago de la factura se mantiene en responsabilidad del paciente. No podemos cobrar a su abogado por cargos incurridos debido a ser un caso de lesion personal.

Tratamiento Incompleto: Por cualquier procedimiento dental que requiera visitas multiples para culminar, usted esta de acuerdo que el procedimiento es considerado prestado al inicio del tratamiento. Si usted no regresa a tiempo para culminarlo, Dental Health Associates, P.A. puede cobrar al tercer pagador pertinente por los balances no pagados relacionados a este procedimiento. A pesar de la determinacion de pago del tercer pagador, usted es completamente responsable por cualquier balance no pagado por este. Pagos del tercer pagador por tratamiento incompleto puede resultar en imposiciones del tercer pagador de limitaciones de frecuencia que puede excluir beneficios futuros por este procedimiento de acuerdo a los beneficios del plan.

Tarifas de biopsias: Tarifas de biopsias son adicionales a procedimientos hechos por DHA que pueden ser cobrados directamente al paciente por el laboratorio de patologia.

Co-Firma: Si esta u otra Poliza Financiera es firmada por otra persona, esa co-firma se mantiene en efecto hasta que sea cancelada por escrito. Si la cancelacion escrita es recibida, se pondra en efecto sin ningun cargo.

Fecha Efectiva: Cuando haya firmado este acuerdo, usted esta sometido a todos los terminos y condiciones contenidos en el mismo y este sera enforzado y en efecto.

Nombre de Paciente _____

Persona Responsable _____
(si no es el paciente)

Firma: _____ Fecha: _____

Co-Firma: _____ Fecha: _____