**Asignación de beneficios y política financiera**

Nuestra oficina aceptará una asignación de beneficios de su compañía de seguros con las siguientes disposiciones. Sin embargo, es importante entender que el contrato con respecto a sus beneficios dentales es entre usted, su empleador y su compañía de seguros. La obligación que tiene con nuestra práctica es pagar el tratamiento, independientemente de la cantidad que su compañía de seguros pueda o no reembolsar. Las siguientes disposiciones identifican nuestras políticas que rigen las reclamaciones de seguros.

* El pago de los servicios vence en el momento en que se prestan los servicios, a menos que se hayan hecho arreglos de pago previos. Los cheques devueltos a nuestra oficina por su institución financiera están sujetos a un cargo por cheque devuelto de $35 para cubrir los cargos de procesamiento cobrados a nuestra oficina.
* Le solicitamos que firme este formulario y/o cualquier otro documento de cesión necesario que pueda requerir su compañía de seguros. Esto le indica a su compañía de seguros que realice el pago directamente en nuestra oficina y nos permite comunicarnos con su seguro en su nombre si se necesita una apelación.
* Para pacientes con seguro dental: como cortesía, nos complace ayudarlo a procesar sus reclamos de seguro dental. Debemos enfatizar que, como proveedor de atención dental, nuestra relación es con usted, nuestro paciente. Nuestra oficina no es parte del contrato que tiene entre usted, su empleador y su compañía de seguros. Por favor, comprenda que verificamos sus beneficios antes de sus citas y le proporcionaremos un **presupuesto de seguro** A usted; sin embargo, no es una garantía de que su seguro pagará exactamente lo **estimado.** Es su responsabilidad conocer sus propios beneficios de seguro. Comuníquese con su compañía de seguros para conocer los detalles de sus beneficios. Los pagos del seguro normalmente se reciben dentro de los 30 a 60 días desde el momento de la facturación.
* Nuestra oficina disputará un reclamo con su compañía de seguros en su nombre; le proporcionaremos la documentación necesaria que su compañía de seguros solicite para resolver cualquier confusión o pregunta que pueda surgir. Cooperaremos plenamente con las regulaciones y solicitudes de su compañía de seguros. Si su compañía de seguros no ha realizado el pago en nuestra oficina dentro de los 60 días, le pediremos que pague el saldo adeudado en ese momento. Usted será responsable de buscar el reembolso de su compañía de seguros. En última instancia, es su responsabilidad resolver cualquier tipo de disputa sobre los pagos realizados o no realizados por su compañía de seguros.
* Todos los saldos resultantes de las denegaciones y/o ajustes del seguro serán su responsabilidad de pagarlos en su totalidad. Los saldos que no se paguen dentro de los 90 días se entregarán a una agencia de cobranza. Los saldos incurrirán en una tarifa de agencia de cobros del 30% por encima del saldo original adeudado. Su cuenta debe estar al día para futuras citas.

**HE LEÍDO Y ENTIENDO LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES ANTERIORES. AUTORIZO A MI COMPAÑÍA DE SEGUROS A PAGAR MIS BENEFICIOS DENTALES DIRECTAMENTE AL MÉDICO YA QUE MI MÉDICO APELE LAS RECLAMACIONES EN MI NOMBRE.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Paciente/Parte Responsable Fecha

Nombre impreso del paciente