



Smiles4Kids
DENTISTRY FOR CHILDREN

Acuerdo financiero

A nuestros apreciados pacientes:

Para lograr mantener nuestros precios lo más bajo posible, hemos implementado las siguientes políticas:

- El padre o tutor que se presenta con el paciente para su cita, será responsable del pago requerido por cualquier servicio prestado el día de su cita.
- Si mi hijo(a) tiene cobertura de seguro bajo el programa de Idaho Smiles (Medicaid) Yo estoy de acuerdo que cualquier servicio dado que no sea cubierto o sea no elegible en la fecha de servicio será mi responsabilidad financiera.
- Si el paciente tiene seguro dental, la persona responsable deberá de pagar el saldo estimado, el deducible, y/o el saldo que no sea cubierto por el seguro el día del servicio. Como cortesía, nosotros procesaremos las formas de reclamo a su seguro. **Sin embargo, la póliza de su seguro es un acuerdo entre usted y su compañía de seguros. Si tiene preguntas acerca de los pagos de su compañía de seguros, le recomendamos que hable directamente con su agente de seguros para obtener una respuesta más rápida y precisa.** Sin importar la compañía de seguros, yo estoy de acuerdo que el saldo será liquidado dentro de los 60 días después del tratamiento, a menos que se hayan hecho acuerdos previos. Si mi cuenta excediera noventa días habrá un cargo del uno por ciento (1%) de interés mensual o del doce por ciento (12%) de interés anual. Smiles4kids manda cargos a cientos de compañías aseguradoras. Yo entiendo que es mi reponsabilidad saber y entender mis beneficios y limitaciones incluyendo, pero no limitado, a las radiografías bitewing y fluoruro. Yo entiendo que los cargos cotizados son unicamente estimados. Yo entiendo que si mi hijo(a) ha sido referido por otro dentista, mi seguro dental puede que no cubra el costo de exámenes y radiografías debido a las limitaciones de mi plan, y es mi reponsabilidad pagarlos.
- Si el paciente no tiene seguro dental, se espera el pago completo en la fecha del servicio, a menos que se hayan hecho acuerdos previos. Si se ha hecho acuerdo financiero, yo estoy de acuerdo que el saldo será pagado completamente durante los 90 días después del tratamiento,. Si mi cuenta excede noventa días, el uno por ciento (1%) de interés mensual o el doce por ciento (12%) de interés anual será cargado a mi cuenta.
- Toda la información dada puede ser usada para cobrar la deuda. Las personas responsables están de acuerdo en pagar totalmente las cuotas de abogados y los costos de corte asociados con el cobro de los servicios prestados. Los cargos de cobranza, que son de aproximadamente el cincuenta por ciento (50%) serán agregados a la cuenta cuando se turne a una agencia de cobranza.

- Después del exámen, el doctor preparará un plan de tratamiento. El plan de tratamiento es solamente un estimado del cuidado dental requerido y no constituye un estado de cargo real. Entiendo que la cantidad estimada en la lista para este estimado dental puede únicamente extenderse por un periodo de seis meses después de la fecha del exámen del paciente.
- Habrá un cargo de \$35 dólares a su cuenta por cheques revotados
- Yo autorizo al dentista o a sus empleados asignados para revelar la información financiera, descripción de tratamiento, e información ya sea electrónica, en fax o en papel a mis agentes de seguros o cualquier entidad relacionada que requiera tal información.

Firma del responsable

Nombre Completo

Parentesco con el niño(a)

Fecha

Nombre del paciente