

ACUERDO DE ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Nuestra oficina aceptara una asignación de beneficios de su compañía de seguro según las provisiones en la lista de abajo. Es muy importante entender, que el arreglo acerca de sus beneficios dentales es entre usted, su compañía de trabajo, y la compañía de seguro. La obligación que usted tiene con nuestra oficina es de pagar por los servicios otorgados a usted, a pesar del monto total que reembolse o no su compañía de seguro. Las siguientes provisiones identifican nuestras pólizas acerca de los reclamos de su seguro.

- Aunque nosotros estamos dispuestos a completar una forma con información a su compañía de seguro, nosotros no aceptamos la responsabilidad de la decisión que su compañía de seguro tome. Nosotros completamos las formas para su compañía de seguro como una cortesía a usted en un esfuerzo de ahorrarle tiempo y para facilitar el pago de compañía de seguro a nuestra oficina. En obtener que nuestra oficina procese sus reclamos a su compañía de seguro, es muy importante que usted entienda que esto no elimina su responsabilidad
- Nosotros requerimos que usted firme este acuerdo y / o cualquier otro documento necesario para la asignación de beneficios que sea requerido por su compañía de seguro. Esto le indica a su compañía de seguro que hagan los pagos directamente a nuestra oficina.
- En el momento que usted recibe nuestros servicios, nosotros requerimos que usted pague su co-pago estimado, que es la cantidad que no cubre su compañía de seguro. **El co-pago es solamente un estimado de los cargos y pueda resultar no ser suficiente después de recibir pago de su compañía de seguro.**
- Por lo general el pago de su compañía de seguro es recibido de 30-60 días después de habersele otorgado los servicios. Si su compañía de seguro no ha enviado el pago necesario a nuestra oficina en 60 días, nosotros le pediremos a usted que pague el balance completo. Y usted entonces será responsable de buscar el reembolso de su compañía de seguro.
- Nuestra oficina no garantiza que su compañía de seguro pague por los servicios otorgados a usted por nuestra oficina. Después de verificar sus beneficios, nosotros realizamos procedimientos rutinarios en el proceso de enviar sus reclamos a su compañía de seguro. **De cualquier manera, si su reclamo es negado por su compañía de seguro, usted será responsable en pagar el balance total.**
- Nuestra oficina le requerirá que usted pague su balance completo si hay alguna apelación de su parte o de parte de la compañía de seguro acerca de cualquier reclamo, aunque nosotros le proveeremos los documentos necesarios que requiera su compañía de seguro para ayudar a aclarar cualquier confusión o preguntas que puedan haber. Nosotros cooperaremos totalmente con las regulaciones y los requisitos de su compañía de seguro. Pero finalmente es su responsabilidad de resolver cualquier disputa acerca del pago echo o no por su compañía de seguro.

Yo he leído y acepto los términos y condiciones de este acuerdo de asignación de beneficios. Yo le autorizo a mi compañía de seguro que pague mis beneficios dentales directamente al doctor.

Imprima su Nombre

Firma del Paciente / Persona Responsable

Fecha