

## American Canyon Dental Care

Julia Villa DDS Inc

3431 Broadway Suite A7

American Canyon, CA 94503

707.557.5057

### Acuerdo financiero del paciente

**Divulgación de información para reembolso:** en la medida necesaria para obtener el reembolso, la práctica puede divulgar cualquier parte de la historia clínica del paciente, incluidos sus registros médicos, a cualquier parte que el paciente haya identificado como responsable de cualquier parte de los cargos de la oficina. Las compañías de seguros, los planes de servicios de salud, los proveedores de compensación de trabajadores y los profesionales dentales referidos, entre otros. Usted acepta, para que podamos servir nuestra cuenta o para cobrar cualquier cantidad que deba, podemos contactarlo por teléfono a cualquier número de teléfono asociado con su cuenta, incluidos los números de teléfono inalámbrico, lo que podría ocasionarle cargos. También podemos contactarlo enviando mensajes de texto o correos electrónicos, utilizando cualquier dirección de correo electrónico que nos proporcione.

Los abajo firmantes han leído esta divulgación y acuerdan que el Prestamista / Acreedor y sus agentes pueden contactarme / a nosotros como se describe arriba.

**Contrato financiero:** El abajo firmante acepta, ya sea que firme como agente o como paciente, que en consideración de los servicios que se prestarán al paciente, él / ella por el presente se obliga individualmente a pagar la cuenta de la práctica de acuerdo con las tarifas y términos regulares de la práctica. En caso de que la cuenta sea remitida a un abogado o agencia de colación para su cobro, el abajo firmante pagará los honorarios reales del abogado y los gastos de cobro. Todas las cuentas morosas tendrán intereses a la tasa legal.

**Asignación de beneficios de seguro:** el abajo firmante autoriza, ya sea que firme como agente o como paciente, el pago directo para practicar cualquier beneficio de seguro pagadero al abajo firmante por servicios prestados a una tasa que no exceda los cargos usuales y habituales de la práctica. Se acuerda que el pago a la práctica, de acuerdo con esta autorización, por parte de una compañía de seguros / plan de seguro dental, liberará a dicha compañía de seguros / plan de seguro dental de todas las obligaciones de la póliza en la medida de dichos pagos.

El abajo firmante entiende que él es financieramente responsable de los cargos no cubiertos por esta asignación.

**Planes de seguro dental:** la práctica se contrata con múltiples planes de seguro dental. Es responsabilidad del abajo firmante conocer y verificar si los beneficios contenidos en el plan de seguro acordado entre el abajo firmante y su plan de seguro dental limitan, reducen o niegan la cobertura de los servicios dentales en el establecimiento. El abajo firmante acepta que él / ella está obligado a pagar la práctica en el momento del servicio por cualquier deducible, copago, penalización de cobertura o por cualquier servicio prestado que no sea un beneficio cubierto del plan de seguro dental de su plan en la práctica. Para los servicios que no son de emergencia, es responsabilidad del paciente asegurarse de que su plan haya autorizado los servicios solicitados en la instalación. El abajo firmante acepta que la denegación de pago por falta de autorización para servicios que no sean de emergencia se considerará una denegación de beneficios no cubiertos y pagaderos por el abajo firmante.

#### Equipo:

Para evitar un cargo mínimo de cancelación de cita de \$ 35, envíenos un aviso con 48 horas hábiles de anticipación de cualquier cambio.

*El abajo firmante reconoció haber leído y entendido el acuerdo financiero, la asignación de beneficios del seguro, la obligación del plan de seguro dental y todas las demás disposiciones aplicables anteriores (copia disponible a petición), y es el paciente, el representante legal del paciente o el deber autorizado como el agente general del paciente para ejecutar lo anterior y aceptar sus términos.*

\_\_\_\_\_  
FIRMA: PACIENTE, REPRESENTANTE LEGAL, AGENTE

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
RELACIÓN SI NO HAY PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO