

Gracias por elegir UT Dentists para su atención dental. Reconocemos que prestar servicios dentales integrales incluye discutir todas las opciones de tratamiento y la información financiera asociada. Nos esforzamos por comunicarnos de manera clara y eficaz con usted, en todos los aspectos de su atención. Por este motivo, creamos una Política financiera para que entienda nuestras expectativas sobre el seguro y el pago de servicios. Si tiene alguna pregunta, diríjase al personal de la oficina principal o al asistente antes de firmar el Acuerdo de política financiera.

Formas de pago aceptadas: El pago vence en el momento en que se prestan los servicios. Para su comodidad, aceptamos Discover, Visa, MasterCard y American Express, además de efectivo, cheques y órdenes de pago. Se aplicará una carga de \$25 por cheques devueltos, a cargo del paciente.

Todos los saldos de las cuentas deben pagarse en su totalidad, antes de iniciar cualquier tratamiento nuevo. Las tarifas del paciente que se calculan serán menos de \$500 se pagan antes o en el momento en que se hace el tratamiento. Las tarifas del paciente que se calculan serán de más de \$500 requerirán un pago inicial del 40% de su responsabilidad calculada, antes de que comience el tratamiento. Se espera el pago total antes de completar el tratamiento, para cualquier procedimiento de citas múltiples.

Planes de beneficio de seguro: Como cortesía, presentaremos reclamos de beneficios de seguro en su nombre. Sin embargo, es importante que entienda que no todos los servicios dentales recomendados son beneficios cubiertos, y que su compañía de seguros no comparte la responsabilidad financiera de su factura después del tratamiento. En última instancia, usted es responsable por todos los cargos si su compañía de seguros no paga los servicios prestados. Para calcular con precisión su cobertura y los beneficios, infórmenos de inmediato de cualquier cambio en sus planes de beneficios.

Cálculo previo, determinación previa o autorización previa de seguros: Antes de hacer el tratamiento, discutiremos su tratamiento recomendado y las opciones financieras. Esto le permitirá comprender completamente su tratamiento dental, qué tarifas anticipar y hacer los arreglos financieros necesarios.

Haremos todo lo posible para comunicarnos con su seguro para darle su parte **calculada** adeudada, incluidos los deducibles, copagos o el porcentaje de los tratamientos no cubiertos por su plan de beneficios. Sin embargo, a pesar de esto, no podemos garantizar el pago de los beneficios del seguro ni podemos asegurar el 100% de precisión de esta cantidad calculada, ya que hay muchos factores involucrados que determinan el pago real de los beneficios, una vez que se presentaron y procesaron en su compañía de seguros.

Reclamaciones de seguro denegadas o no pagadas: Haremos todo lo posible para trabajar con su compañía de seguros para recibir el reembolso de sus servicios. Sin embargo, si una compañía de seguros no remite el pago en un plazo de 90 días después de la fecha del servicio, usted será responsable del saldo total. Por esta razón, le recomendamos que se comunique con su compañía de seguros sobre sus reclamos pendientes. Además, si la compañía de seguros niega el pago de los servicios y fracasan nuestros intentos razonables de apelar la denegación, usted es responsable del saldo total. Desafortunadamente, esto a veces ocurre, incluso después de que el plan de tratamiento recomendado haya sido autorizado previamente.

Financiación del paciente: UT Dentists les da a los pacientes la opción de financiar su atención dental a través de un proveedor externo. Los pacientes pueden presentar una solicitud en línea desde su casa o en el sitio de la práctica y recibir una respuesta poco después de enviar la solicitud. Para obtener más información, comuníquese con un miembro del personal de UT Dentists.

Saldos vencidos: No pagar los servicios de manera oportuna puede poner en peligro su acceso a la atención dental de rutina. Las futuras citas de tratamiento no se programarán hasta que las cuentas de los pacientes morosos estén al día y en regla.

Al firmar abajo, leí, entiendo y acepto los términos y condiciones de este Acuerdo de política financiera. Entiendo que soy el responsable final de todos los servicios dentales profesionales prestados. Me dieron la oportunidad de hacer preguntas y me las respondieron. También sé que puedo solicitar una copia de este formulario completo (firmado) para mis registros en cualquier momento.

Nombre del paciente

Firma del paciente o representante legal

Fecha