Información Importante de Seguro Dental Para Nuestros Pacientes

Nuestra oficina entiende que los pacientes confían en su seguro dental para ayudarse en los costos de servicios dentales. Nosotros tambien sabemos que el entender su cobertura de seguro puede ser muy dificil. Nuestra oficina se sentirá feliz en ayudarle a verificar, que cobertura y programa en particular Ud. posee. En un esfuerzo para reducir algo de sus confusiones nosotros hemos establecido nuestras responsabilidades como una oficina y sus responsabilidades como beneficiario de las polizas.

Existen cientos de compañias de seguros. Cada una de las compañias de seguros tienen diferentes tipos de planes que ofrecer, y cada plan tiene variantes en su cobertura. Su empleador escoje un plan para ofrecerle a usted la mejor opción que este dentro de su presupuesto. Una vez que usted decida hacerse miembro, usted establece un contrato con la empresa de seguros. **Dicho contrato es entre usted y la compania de seguro y no entre esta oficina dental y compania de seguro.** Nosotros no tenemos ningun control sobre la compañia de seguro para obtener pagos. Por esta razón, es imperativo que usted, como beneficiario de la póliza, entienda los beneficios y limitaciones de su póliza de seguros tales como cobertura, exclusiones, deducciones y cualquier requisito de pagos. Sin embargo, como una cortesía para nuestros pacientes, nosotros le ayudaremos durante este proceso ofreciendole un servicio que incluye:

- ✓ Verificación de beneficios y tanta información como sea posible acerca de sus beneficios. (recuerde,Ud. tiene la póliza, nosotros no)
- ✓ Asesorarle en como el seguro le puede asistir en sus pagos de servicios, basado en la información que su compañia de seguro nos proveera. Nosotros sabremos lo que su compañía de seguro nos comunique a nosotros.
- ✓ Llenar su seguro con los actuales y apropiados codigos ADA tan pronto como sea posible, generalmente de 24 a 48 horas depues de su servicio completo.
- ✓ Honestamente reportar fechas de servicios a su compania de seguro.
- ✓ Refacturarle a su compañía de seguro como un servicio de seguimiento, si el beneficio es Cuestionable.

Sin Embargo, sus responsabilidades como el beneficiario de la poliza incluyen:

- ✓ Pagar por los honorarios profesionales no cubiertos por su plan de seguros el dia del servicio.
- ✓ Tomar en cuenta que **no podemos garantizar los beneficios de su compañia de seguro. Por lo tanto, usted debe tomar responsabilidad por cualquier balance que su compañia de seguro no haya cancelado a los 60 dias de la fecha de servicio.**
- ✓ Entender que su póliza de seguro le pertenece a ud. y que nosotros no tenemos forma de manejar el pago de su empresa de seguro.
- ✓ Tomar en cuenta que la póliza de seguros dentales limitan los pagos por servicios, usan tarifas limitadas, y excluyen ciertos procedimientos basados en condiciones previas o tiempo con la póliza de seguro. Todas las restricciones estan basadas en el pago por su seguro, no nuestros honorarios o tratamiento recomendado.
- ✓ Mantenga nuestra oficina informada de cualquier cambio en la póliza o empleo.

Por medio de la presente doy fe que he leido y entendido mis responsabilidades como beneficiario de la póliza de seguro, y entiendo que soy responsable por cualquier balance no pagado a la Dra. Estela J. Alamo. Así mismo, autorizo a la Dra. Alamo a comunicarle a mi compañia de seguro, información recibida durante el curso de mi cuidado dental. Por medio de la presente autorizo pagos por beneficios a la Dra. Estela J. Alamo. Yo entiendo que soy responsable por cualquier balance no pago. Usted sera responsable por los gastos de la gestión de cobranza.

NOTA: $50 de gastos administrativos seran agregados a su cuenta despues de 90 dias de vencida

Nombre:_____ Fecha:_____ Firma:_____

He sido informado acerca de la ley HIPPA. Me han ofrecido una copia para leerla si asi lo deseo.

Firma:_____

ADS-001A

Información Importante de Seguro Dental Para Nuestros Pacientes

Nuestra oficina entiende que los pacientes confían en su seguro dental para ayudarse en los costos de servicios dentales. Nosotros tambien sabemos que el entender su cobertura de seguro puede ser muy dificil. Nuestra oficina se sentirá feliz en ayudarle a verificar, que cobertura y programa en particular Ud. posee. En un esfuerzo para reducir algo de sus confusiones nosotros hemos establecido nuestras responsabilidades como una oficina y sus responsabilidades como beneficiario de las polizas.

Existen cientos de compañias de seguros. Cada una de las compañias de seguros tienen diferentes tipos de planes que ofrecer, y cada plan tiene variantes en su cobertura. Su empleador escoje un plan para ofrecerle a usted la mejor opción que este dentro de su presupuesto. Una vez que usted decida hacerse miembro, usted establece un contrato con la empresa de seguros. **Dicho contrato es entre usted y la compania de seguro y no entre esta oficina dental y compania de seguro.** Nosotros no tenemos ningun control sobre la compañia de seguro para obtener pagos. Por esta razón, es imperativo que usted, como beneficiario de la póliza, entienda los beneficios y limitaciones de su póliza de seguros tales como cobertura, exclusiones, deducciones y cualquier requisito de pagos. Sin embargo, como una cortesía para nuestros pacientes, nosotros le ayudaremos durante este proceso ofreciendole un servicio que incluye:

- ✓ Verificación de beneficios y tanta información como sea posible acerca de sus beneficios. (recuerde,Ud. tiene la póliza, nosotros no)
- ✓ Asesorarle en como el seguro le puede asistir en sus pagos de servicios, basado en la información que su compañia de seguro nos proveera. Nosotros sabremos lo que su compañía de seguro nos comunique a nosotros.
- ✓ Llenar su seguro con los actuales y apropiados codigos ADA tan pronto como sea posible, generalmente de 24 a 48 horas depues de su servicio completo.
- ✓ Honestamente reportar fechas de servicios a su compania de seguro.
- ✓ Refacturarle a su compañía de seguro como un servicio de seguimiento, si el beneficio es Cuestionable.

Sin Embargo, sus responsabilidades como el beneficiario de la poliza incluyen:

- ✓ Pagar por los honorarios profesionales no cubiertos por su plan de seguros el dia del servicio.
- ✓ Tomar en cuenta que **no podemos garantizar los beneficios de su compañia de seguro. Por lo tanto, usted debe tomar responsabilidad por cualquier balance que su compañia de seguro no haya cancelado a los 60 dias de la fecha de servicio.**
- ✓ Entender que su póliza de seguro le pertenece a ud. y que nosotros no tenemos forma de manejar el pago de su empresa de seguro.
- ✓ Tomar en cuenta que la póliza de seguros dentales limitan los pagos por servicios, usan tarifas limitadas, y excluyen ciertos procedimientos basados en condiciones previas o tiempo con la póliza de seguro. Todas las restricciones estan basadas en el pago por su seguro, no nuestros honorarios o tratamiento recomendado.
- ✓ Mantenga nuestra oficina informada de cualquier cambio en la póliza o empleo.

Por medio de la presente doy fe que he leido y entendido mis responsabilidades como beneficiario de la póliza de seguro, y entiendo que soy responsable por cualquier balance no pagado a la Dra. Estela J. Alamo. Así mismo, autorizo a la Dra. Alamo a comunicarle a mi compañia de seguro, información recibida durante el curso de mi cuidado dental. Por medio de la presente autorizo pagos por beneficios a la Dra. Estela J. Alamo. Yo entiendo que soy responsable por cualquier balance no pago. Usted sera responsable por los gastos de la gestión de cobranza.

NOTA: $50 de gastos administrativos seran agregados a su cuenta despues de 90 dias de vencida

Nombre:_____ Fecha:_____ Firma:_____

He sido informado acerca de la ley HIPPA. Me han ofrecido una copia para leerla si asi lo deseo.

Firma:_____

ADS-001A