

ACUERDO FINANCIERO

Endodoncia del este de Idaho

EL PAGO VENCE EN EL MOMENTO DEL SERVICIO. PARA LOS PACIENTES CON SEGURO DENTAL, SE PRESENTARÁ UN RECLAMO EN SU NOMBRE SIEMPRE QUE TENGAMOS LA INFORMACIÓN CORRECTA DE LA PÓLIZA DE SEGURO. LOS CARGOS FINANCIEROS SE EVALÚAN 90 DÍAS [DESPUÉS DE QUE EL SEGURO PAGA] SOBRE CUALQUIER SALDO RESTANTE.

En Eastern Idaho Endodontics nos esforzamos por brindar el mejor servicio al cliente a nuestros pacientes. Cuando programa una cita en nuestra oficina y tiene un seguro dental actual, nos comunicamos con su compañía de seguros dentales antes de su cita programada. Confirmamos coberturas, máximos y coaseguro para tratamientos endodónticos, periodos de espera, etc. Nuestros coordinadores de seguros calculan una estimación de bolsillo basada en lo que anticipamos que será su tratamiento, que puede salir de lo que su dentista general recomienda. Su presupuesto se le proporcionará por teléfono o mensaje de texto cuando nos comuniquemos con usted para confirmar su cita. En general, este será el día anterior a su cita. La estimación dada antes de su cita puede cambiar una vez que el médico haya completado un examen completo y haya determinado el tratamiento adecuado. La estimación no siempre es precisa y podría resultar en un reembolso o saldo adeudado después de que su proveedor de seguros haya enviado el pago. **Sin embargo, usted es personalmente responsable de todas las tarifas por los servicios prestados, no su compañía de seguros. Todos los cargos no cubiertos por su plan dental o de atención médica se le facturarán directamente para el pago.** Si se debe pagar un saldo, aceptamos todas las principales tarjetas de crédito, efectivo, cheque o CareCredit. Tratamos de acercarnos lo más posible con su estimación, pero si tiene un saldo después de que su seguro haya enviado el pago, tenemos opciones de planes de pago disponibles y con gusto trabajaremos con usted. Tenga en cuenta que si otro proveedor dental presenta reclamos dentales adicionales a su proveedor de seguros entre el momento en que verificamos sus beneficios y el momento en que se envían nuestro(s) reclamo(s), esto podría afectar la estimación que proporcionamos y podría agotar algunos / todos sus beneficios. Si este es el caso, cualquier saldo restante después del pago del seguro es responsabilidad del paciente / parte responsable. **Los pacientes con seguro dental deben darse cuenta de que los programas de seguro generalmente solo pagan un porcentaje de las tarifas dentales promedio para esta área. Nuestra práctica es exclusivamente endodoncia, nuestros honorarios pueden ser más altos que el promedio ya que los casos que vemos son de dificultad más que el promedio y por lo tanto la cobertura del seguro puede ser ligeramente menor.**

Existen procedimientos adicionales que el médico tratante puede considerar una parte necesaria de su plan de tratamiento que sus beneficios de seguro pueden no cubrir. Estos costos serán responsabilidad del paciente / parte responsable. Estos procedimientos son, pero no se limitan a:

Nitroso (gas hilarante)
Obstrucción del conducto radicular
Injerto óseo
Medicamentos quirúrgicos postoperatorios
Sedación oral
Tomografía computarizada (haz cónico)
Procedimiento GentleWave

****Porque el El procedimiento GentleWave actualmente no tiene un código específico para facturar a su plan dental, su plan NO lo pagará. Si su plan no paga, la tarifa será exclusivamente su responsabilidad, independientemente de si su póliza de seguro establece que es parte del procedimiento o la Expansión de Beneficios lo clasifica como un ajuste / cancelación contractual.**

Autorizo a mi compañía de seguros y/o administrador de beneficios a pagar estos beneficios asignados directamente a Eastern Idaho Endodontics. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier cargo, ya sea pagado por mi seguro y / o administrador de beneficios, y que Eastern Idaho Endodontics enviará las facturas a mi compañía de seguros y / o administrador de beneficios como cortesía para mí. Cualquier saldo impago puede estar sujeto a remisión a una agencia de cobro para una resolución adicional de la deuda.

He leído y entiendo la declaración anterior. Entiendo mi responsabilidad financiera por todos y cada uno de los cargos no cubiertos por mis beneficios de seguro.

Firma del paciente/padre/tutor

Fecha