



RODEO DENTAL & ORTHODONTICS

Asignación de Beneficios

Por favor complete este formulario y tráigalo a su cita.

Los campos marcados con * son obligatorios.

ASIGNACIÓN DE ACUERDO DE BENEFICIOS

Nuestra práctica va a aceptar una asignación de beneficios de su compañía de seguros con las condiciones que se enumeran a continuación. Es importante entender, sin embargo, que el acuerdo con respecto a sus beneficios dentales es entre usted, su empleador, y su compañía de seguros. Las siguientes disposiciones identifican nuestras políticas que rigen las reclamaciones de seguros.

A pesar de que estamos dispuestos a completar los formularios de información de seguros y presentar una reclamación en su nombre, no aceptamos responsabilidad por el resultado de la transacción. Completar los formularios de seguros es una cortesía que nos extendemos en un esfuerzo para ahorrar tiempo. Al tener nuestro proceso de práctica sus formularios de seguros, es importante que usted entienda que esto no elimina su obligación financiera para su tratamiento.

Requerimos que firme este acuerdo y/o cualquier otro documento de asignación necesarios que pueden ser requeridos por su compañía de seguros. Esto indica a su compañía de seguros para hacer el pago directamente a nuestra práctica.

Su seguro requiere que usted pague el copago estimado, que es la cantidad no cubierta por su compañía de seguros, en el momento ofrecemos servicio a usted. El copago es solo una estimación de los cargos y se pueden encontrar a ser insuficiente después de la revisión por su compañía de seguros.

Los pagos de seguros normalmente se reciben dentro de 30 a 60 días desde el momento de la facturación. Si su compañía de seguros no ha realizado el pago a nuestra práctica dentro de los 60 días, vamos a pedirle que pague la totalidad del saldo a esa fecha.

Usted será responsable de obtener el reembolso de su compañía de seguros en ese momento.

Nuestra práctica no garantiza que su compañía de seguros pagará por el tratamiento que recibe de nuestra práctica. Llevamos a cabo los procedimientos de rutina de facturación de seguros sobre la verificación de la cobertura. Sin embargo, si se le niega su reclamo, usted será responsable de pagar el total en ese momento.

Nuestra práctica no va a entrar en una disputa con su compañía de seguros sobre cualquier reclamación, aunque vamos a presentar la documentación necesaria a sus solicitudes de compañías de seguros para resolver cualquier confusión o duda que pueda surgir. Vamos a cooperar plenamente con las regulaciones y requerimientos de su compañía de seguros. En última instancia es su responsabilidad resolver cualquier tipo de conflicto sobre los pagos realizados o fabricados por su compañía de seguros para nuestra práctica.

HE LEÍDO Y ACEPTO LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL PRESENTE ACUERDO DE CESIÓN DE BENEFICIOS. AUTORIZO A MI COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA PAGAR MIS BENEFICIOS DENTALES DIRECTAMENTE A LA PRÁCTICA.

Firma

Fecha