

OFFICE FINANCIAL POLICIES AND FEDERAL TRUTH-IN-LENDING STATEMENT

As a condition of your treatment by this office, financial arrangements must be made in advance. The practice depends upon reimbursement from our patients for the costs incurred in their care to remain viable. Therefore, financial responsibility on the part of each patient must be determined before treatment.

All emergency dental services, or any dental services performed without previous financial arrangements, must be paid for in cash at the time services are rendered.

Patients who carry dental insurance understand that all dental services furnished are charged directly to the patient and that he or she is personally responsible for payment of all dental services. This office will help prepare the insurance forms of our patients or assist in making collections from insurance companies and will credit any such collections received to the patient's account. However, this dental office cannot render services on the assumption that our charges will be paid in full by an insurance company.

A monthly service charge at a fixed rate of 1.5% per month/18% per annum* of the unpaid balance as of the last day of each month will be assessed and added to the balance on all accounts exceeding sixty (60) days from the date of service unless previously written financial arrangements are made. I understand that the fee estimate listed for this dental care can only be extended for a period of six (6) months from the date of the patient examination.

In consideration for the professional services to be rendered to me, (or at my request, to my minor child or ward) by the dentist, I agree to pay the fees charged for the dental services provided by the dentist or licensed employee at the time the services are rendered, or within five (5) days of billing if credit is extended by the dentist. In the event my account becomes delinquent, I agree to pay the remaining balance plus the sum of the collection fee charged by the collection agency to whom a delinquent account is assigned for collection, in addition to reasonable attorney fees and court costs where such legal services are necessary. I authorize the release of financially identifiable information concerning my account, including charges billed, payments made, and interest charges assessed, etc. to the dentist's collection agency or collection attorney should collection procedures as described become necessary.

I grant my permission to you or your assignee to telephone me at home or at my workplace to discuss matters related to this form. I also agree to let this office leave messages concerning appointments and/or results on my answering machine or with a family member.

I authorize the dentist or his designees to release financially identifiable information and treatment descriptions and information, either electronically, by facsimile or in paper form to my insurance carrier or any related entities that require such information to be submitted.

I acknowledge that I have received a copy of this office's Privacy Policies. I agree to disclose to the dentist names of any individuals with whom I authorize the dentist to discuss my dental care.

I certify that I have answered all questions pertaining to finances accurately and to the best of my knowledge. I hereby agree to abide by the conditions outlined herein.

Signature of Patient, parent or guardian

Date

Relationship to Patient _____

(Rev.4/17)

*The interest rate charged may be at the discretion of your office or accountant.

POLIZA OFICIAL FINANCIERA Y DECLARACION FEDERAL FIABLE

Como condicion de su tratamiento por parte de esta oficina, se deben hacer arreglos financieros antes de empezar el tratamiento. La practica depende del reembolso de nuestro pacientes por el costo ocurrido en su atencion para permanecer viable. Sin embargo la responsabilidad financiera de cada paciente debe ser determinada antes del tratamiento. Todos los servicios por emergencias dentales, o cualquier servicio dental hecho sin un arreglo financiero previo deben ser pagados en efectivo al tiempo de que el servicio es rendido. Los pacientes que tienen seguro dental entienden que todo los servicios dentales hechos son directamente cobrados al paciente y que es directamente responsable de pagar por todos los servicios dentales. Esta oficina le ayudara hacer las formas para los seguros o les ayudara en hacer cobros a las companias de seguro y acreditara tal cobro recibido a la cuenta del paciente. De todas maneras esta oficina no puede rendir servicios asumiendo que los cargos van hacer completamente pagados por la compania de seguros.

Un cargo mensual del 18% sera adicionado al balance no pagado y sera puesto a toda las cuentas que excedan 60 dias desde la fecha del servicio a menos que un arreglo financiero se haga previamente. Yo entiendo que la cuota estimada por mi tratamiento dental solo puede ser extendida por un periodo de 6 meses desde la fecha del examen.

En consideracion del servicio dental profesional que se me ha dado (o por mi requerimiento a mi hijo menor o pupilo) por el odontologo. Estoy de cuerdo en pagar el costo del servicio dental proveido por el odontologo o el empleado al tiempo que los servicios fueron prestados o dentro de 5 dias si el credito se ha extendido por el odontologo. En el evento de que mi cuenta no sea pagada estoy de acuerdo en pagar mi balance mas la suma de recargo o costo por la agencia de coleccion a la cual se me ha enviado o asignado para la coleccion y tambien estoy de acuerdo a pagar los costos del abogado y la corte si fuera necesario.

Yo doy permiso para que me llamen en mi casa o a mi trabajo para discutir asuntos relacionados con esta forma. Tambien estoy de acuerdo que su oficina me deje mensajes concernientes a citas o resultados.

Este acuerdo remplaza cualquier acuerdo firmado anteriormente incluyendo mediaciones o arbitraje yo estoy consiente que los acuerdos anteriores quedan invalidos y anulados.

Yo autorizo al odontologo y sus designados a dar informacion financiera identificable y descripcion del tratamiento e informacion ya sea electronicamente, fax o por escrito a mi seguro o cualquier identidad que requiera obtener esta informacion.

Estoy consiente que he recibido una copia de las polisas privadas de esta oficina. Estoy de acuerdo en revelar al odontologo nombres de las personas a las que autorizo para discutir mi cuidado dental. Yo certifico que he contestado todas las preguntas en ambos lados de esta forma y con lo mejor de mi conocimiento. Estoy de acuerdo en cumplir las condiciones en este documento.

Firma del paciente

Fecha

Relacion con el paciente _____