

MARYLAND ORAL SURGERY ASSOCIATES
INFORMACION FINANCIERA

Nombre del Seguro Dental: _____

Nombre del asegurado(a): _____ Fecha de nacimiento del asegurado _____

Numero de póliza: _____ Numero de grupo: _____

Nombre del seguro secundario: _____

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento del asegurado: _____

Numero de póliza: _____ Numero de grupo: _____

Nombre del Seguro Medico: _____

Nombre del asegurado(a): _____ Fecha de nacimiento del asegurado _____

Numero de póliza: _____ Numero de grupo: _____

Aceptamos efectivo/tarjeta de credito (VISA, MC, DISCOVER, AMEX)

Un preaviso de 48-horas es necesario para la cancelacion de un procedimiento quirúrgico planificado. Un cargo de \$50.00 sera cobrado al paciente si no recibimos un preaviso dentro del tiempo apropiado.

Un cargo de \$50.00 sera cobrado al paciente en caso que su cheque es retornado por impago.

Yo entiendo que Maryland Oral Surgery Associates esta enviando la reclamacion para mi seguro primario como una **cortesía**. Aunque Maryland Oral Surgery Associates me extiende esa cortesía, yo entiendo que obteniendo pago de mi seguro es ultimamente mi responsabilidad. Pre-Autorizacion por su seguro no es una garantia de su presupuesto beneficiar. Compania de seguros no garantiza beneficios hasta que no reciban la reclamacion. Yo tambien entiendo que yo soy responsable por cualquier co-pago y/o cargos que **no son cubierto** y/o negado por mi seguro. Yo entiendo que voy a recibir una cuenta por todos los cargos pendientes **30 dias** despues de la fecha en cual yo recibí servicios a pesar de el estatus con las reclamaciones presentado al seguro. Un cargo financiero de 1.5% por mes sera agregado a el balance en mi cuenta existente.

*Yo, (tu nombre) _____ por la presente autorizo Maryland Oral Surgery Associates, P.A. que solicite beneficios de parte mia para servicios rendidos a mi (o a mi menor) y solicito que pago sea hecho por mi compania de seguro _____ y que pago sea enviado directamente a Maryland Oral Surgery Associates, P.A.

Yo entiendo que esto en ninguna forma me libera de mi mayor responsabilidad a pagar por servicios rendido a mi (o a mi menor) y si mi cuenta se pasara a coleccion, yo estoy de acuerdo en pagar cualquier cargo de coleccion razonable (35% es considerado razonable). Si un juicio es presentado, yo estoy de acuerdo en pagar los honorarios del abogado (45% es considerado razonable), cargos de la corte, y otros gastos que pueda contraer en resultado de finalmente coleccion. La firma abajo de la persona responsable esta de acuerdo que si un juicio es presentado, tribunal (ubicacion de juicio seria en el condado de Montgomery, Maryland, tribunal en cualquier otro condado estara por el presente exonerada).

Yo certifico que la informacion que yo reporte sobre mi cobertura del seguro es correcta y doy autorizacion para revelar cualquier informacion relacionado a cualquier reclamacion para beneficios, para que se pueda procesar cualquier reclamacion para beneficios. Ademas, yo permito que una copia de esta autorizacion sea usada en lugar de la original.

Fecha: _____ Firma(Del paciente o Persona Responsable) _____