

Patient Financial Agreement / Acuerdo de financiamiento del Paciente

Lovett Dental requires all patients to make financial arrangements with us before we provide treatment. / Lovett Dental require que todos los pacientes establezcan un acuerdo fi nanciero antes de suministrarles tratamiento.

1. I understand that full payment is due at the time of service for myself and any party for whom I am financially responsible. /Entiendo que debo efectuar el pago completo en el momento de recibir servicio para mi y cualquier persona de la cual yo sea financieramente responsable.

2. I understand that it is solely my responsibility to confirm which treatments or procedures are covered and/or paid by my insurance (including, but not limited to, any applicable exclusions, deductibles, annual or lifetime maximums). / Entiendo que soy el único responsable de confirmar qué tratamientos o procedimientos están cubiertos y/o pagados por mi seguro (incluyendo pero sin limitarse a cualquier exclusión, deducible, máximo anual o de por vida que aplique).

3. I understand that as a courtesy, Lovett Dental will attempt to verify my insurance benefit coverage from information that I provide. I am required to pay in full, before treatment is performed, the estimated portion of any procedures or treatment that will not be covered by my insurance. If payment is not received within 90 days or your claim is denied, you will be responsible for paying the full amount of your account balance. / Entiendo que, como una cortesía al paciente, Lovett Dental intentará verificar la cobertura de mi beneficio seguro a través de la información que le he suministrado y presentará. Es requerido que yo efectue el pago completo, antes de que el tratamiento sea realizado, de la porción estimada de cualquier procedimiento o tratamiento que no esté cubierto por mi seguro. Si el pago no es recibo en 90 días o su reclamacion es negada, usted sera responsable de pagar el monto total del saldo de su cuenta.

4. I understand that insurance claims will only be filed if I provide Lovett Dental with my social security and insurance identification numbers (if applicable). If I choose not to provide Lovett Dental with my social security number, I understand that I must pay in full for all services rendered. It is Lovett Dental's policy to require social security numbers and a copy of a government-issued picture identification (driver's license) for recordkeeping purposes even though that may not be the policy of my insurance carrier. / Entiendo que puedo hacer una solicitud de reembolso de seguro sólo si le proporciono a Lovett Dental mi número de seguro social y de identificación de seguro (si aplica). Si decido no proporcionar a Lovett Dental mi número de seguro social, entiendo que deberé pagar la totalidad de los servicios prestados. Es la política de Lovett Dental solicitar los números de seguro social y una copia de una identificación con foto emitida por el gobierno (licencia de conducir) para llevar un archivo aunque probablemente no sea la política de mi proveedor de seguros.

5. I understand that although I pay my estimated patient balance on the date of service, the insurance estimate may differ from what my insurance carrier ultimately pays. I will be responsible for any amounts not paid by my insurance for any reason, and I may receive a bill/statement for a balance due which will be immediately payable upon receipt. Your insurance policy is contract between you, your employer, and your insurance company. Our office is not a party to that contract./ Entiendo que, aunque pague mi balance estimado como paciente en la fecha del servicio, el estimado del seguro puede ser diferente de lo que mi proveedor de seguros pague fi nalmente. Seré responsable de cualquier cantidad que mi seguro no pague por cualquier razón y probablemente reciba una factura/estado de cuenta por el balance pendiente, el cual deberé pagar inmediatamente en cuanto lo reciba. Su poliza de seguro es el contrato entre usted, sue empleador y su companiea de seguros. Nuestra oficina no es parte en decho contrato.

6. I understand that all account balances over 30 days will incur an interest charge at the maximum legal rate allowed.* / *Entiendo que todas las cuentas con balances que superen 30 días incurrirán un interés a la tasa máxima permitida por la ley.**

7. I understand that I will be charged the maximum service charge allowed by law for any returned check, electronic authorization or any debit sent or provided to Lovett Dental for payment. / *Entiendo que se me cobrará el cargo de servicio máximo que permite la ley por cualquier cheque, autorización de pago electrónico o débito enviado o entregado a Lovett Dental que sea rechazado.*

8. I understand that I must inform Lovett Dental, in writing, of any concerns, questions or disputes I may have concerning my treatment or charges in a timely manner but not more than 30 days from either the completion of the procedure or awareness of a dispute. / *Entiendo que debo informar a Lovett Dental, por escrito, cualquier inquietud, pregunta o conflicto que pudiera tener en relación con mi tratamiento o con los cargos de manera oportuna pero no más de 30 días después de completado el procedimiento o del conocimiento del un conflicto.*

9. I understand that if I fail to pay my account upon it becoming due, Lovett Dental may report my account to credit rating bureaus or to a collection agency and/or take legal action against me for full payment, including but not limited to all related reasonable attorney's fees, collection and/or court costs.* / *Entiendo que si no pago mi cuenta en la debida fecha de pago, Lovett Dental puede reportar mi cuenta a las oficinas de crédito, a las agencias de colecciones y/o tomar acción legal contra mí por el pago completo, incluyendo pero no limitado a los honorarios del abogado, los gastos de colección y/o los costos judiciales.**

10. I understand that unless patient records are sent directly to another provider, the charge for copies of x-rays is \$30.00 or the maximum amount allowed by law or my insurance carrier. These fees are subject to change without notice. / *Entiendo que, a menos que se envíe directamente a otro proveedor el expediente del paciente, el cargo por las copias de radiografías es de \$30.00 o la cantidad máxima que permita la ley o mi proveedor de seguros. Estas tarifas están sujetas a cambio sin previo aviso.*

11. I understand that Lovett Dental currently charges \$25.00, or the amount allowed by insurance, for a broken or cancelled appointment unless 24 hours advance notice is given. This fee is subject to change without notice. / *Entiendo que Lovett Dental actualmente cobra \$25.00 o la cantidad que permita el seguro, por una cita a la que no asista o cancele, a menos que avise con 24 horas de anticipación. Esta tarifa está sujeta a cambio sin previo aviso.*

12. I understand that it is my responsibility to immediately notify Lovett Dental of any changes to my address, phone number, work contact information, work status, insurance changes, etc. / *Entiendo que tengo la responsabilidad de notificar de inmediato a Lovett Dental sobre cualquier cambio de dirección, número de teléfono, información de contacto laboral, situación laboral, cambios en el seguro médico, etc.*

13. I authorize payment of the dental benefits otherwise payable to me directly to the below named dental entity. I further authorize Lovett Dental to deposit checks received on my account when made payable in my name. / *Autorizo el pago de los beneficios dentales, que en otras circunstancias se pagarían a mí directamente, a la entidad de servicios dentales que se indica a continuación. También autorizo que Lovett Dental deposite en mi cuenta cheques recibidos que estén en mi nombre.*

14. I understand that if I discontinue treatment for a requested procedure, including but not limited to, partials, dentures, crowns, bridgework and surgical preparatory work, I remain responsible for paying all lab related costs for materials and services that were incurred before I discontinued treatment. All related costs will be deducted from any refund to which I may be entitled for discontinued treatment and I may receive a bill / statement for a balance due. / *Entiendo que si interrumpo el tratamiento para un procedimiento solicitado, incluyendo pero no limitándose a, los parciales, las dentaduras, las coronas, la construcción de puente y preparaciones quirúrgicas, yo sigo siendo responsable de pagar todos los costos relacionados con el laboratorio, los materiales y los servicios que fueron incurridos antes de que interrumpiera el tratamiento. Todos los costos relacionados con el tratamiento serán deducidos de cualquier reembolso al cual yo tenga derecho debido a la interrupción del tratamiento y es posible que reciba una factura/estado de cuenta por un saldo pendiente.*

I have thoroughly read, understand and agree to the above terms and conditions. / *He leído cuidadosamente, entiendo y estoy de acuerdo con los términos y condiciones antedichos.*

Printed Name / *Nombre con letra de molde*

Date / *Fecha*

Signature of Patient (or authorized guardian) / *Firma del Paciente (o su tutor autorizado)*

If authorized guardian, relationship to patient / *Si es el tutor autorizado, relación con el paciente*

Patient Name/*Nombre de paciente*

Account number/*numero de cuenta*