



Community Health Connections

We take great care of you!

ACORDO DE PAGAMENTO

Obrigado por nos escolher como seu dentista. Estamos empenhados em fornecer-lhe cuidados com a sua saúde bucal de alta qualidade e a preços acessíveis. Leia a seguinte política de pagamento e envie quaisquer dúvidas que você possa ter para o nosso Departamento de faturamento.

1. Seguro: Nós aceitamos a maioria dos planos, incluindo o Medicaid. Se você não estiver assegurado por um plano, saiba que nós disponibilizamos de um programa que você pode ter chance de ser qualificado com base na sua renda/familiar (Sliding Fee), se você não for qualificado o pagamento integral será cobrado no ato de cada consulta. Se você for assegurado por um plano pelo qual não somos associados, ou seu cartão de seguro não estiver atualizado, o pagamento integral de cada consulta será cobrado até que possamos verificar a sua cobertura. **Conhecer os seus benefícios do seu seguro é de sua total responsabilidade.** Por favor, contate sua companhia de seguros com qualquer dúvida que você possa ter em relação à sua cobertura.

2. Co-pagamentos, co-seguro, franquias. Co-pagamentos, cosseguro e franquias devem ser pagos no momento do serviço pelo paciente ou pela pessoa que acompanha o paciente. Um co-pagamento, cosseguro e / ou dedutível fazem parte do seu contato com sua companhia de seguros. É a sua operadora de seguros, não a CHC, que atribui um co-pagamento, cosseguro e / ou dedutível como responsabilidade do paciente. Você será cobrado se a sua operadora de seguro nos notificar posteriormente que eles tenham atribuído um co-pagamento, cosseguro e / ou dedutível por um serviço. Se for cobrado indevidamente por parte do CHC co-pagamentos, cosseguro e dedutível do pacientes pode ser considerado fraude. Por favor, ajude-nos a cumprir a lei pagando seu co-pagamento, cosseguro e / ou dedutível. O CHC aceita pagamentos em dinheiro, cheque ou cartão de crédito.

3. Serviços não cobertos: Esteja ciente de que alguns - e talvez todos - os serviços que você recebe podem não estar cobertos ou não são aprovados pela cobertura do Medicare ou de outras seguradoras. Você deve pagar por esses serviços integralmente no momento da visita ou se faturado posteriormente. A sua seguradora requisita ao seu dentista que informe os procedimentos/serviços prestados. Por favor, não nos solicite a alteração de procedimento/documentação para cobertura de seguro ou pagamento por parte deste.

4. Consultas sem seguro (pagamento particular): O pagamento de todos os serviços não cobertos pelo seguro é exigido no momento da consulta. O CHC participa de um programa gratuito Sliding Fee, que contempla as pessoas sem seguro e com certa renda. Por favor, peça informações sobre como se inscrever no programa.

5. Comprovante de seguro: Todos os pacientes devem preencher os formulários de registro antes realizar a consulta. Precisamos obter uma cópia do seu cartão de seguro válido e atual para fornecer uma prova de que seu seguro esta em dias. Se você não nos fornecer as informações corretas do seu seguro em tempo hábil, você poderá ser responsável pelo saldo das faturas.

6. Envio de reclamações. Enviaremos suas reivindicações e ajudaremos da maneira que pudermos para ajudar no processo. Sua companhia de seguros pode precisar que você mesmo forneça certas informações diretamente. É da sua responsabilidade cumprir o pedido. Esteja ciente de que o saldo da sua reivindicação é de sua responsabilidade, independentemente se a sua seguradora pagar ou não por sua reivindicação. Seu benefício de seguro é um contrato entre você e sua companhia; nós não fazemos parte desse contrato.

7. Mudanças de cobertura. Se o seu seguro mudar, avise-nos antes da sua próxima consulta para que possamos fazer as alterações necessárias e assim ajudá-lo a receber o máximo de benefícios. Se a sua companhia de seguros não pagar a fatura no prazo de 90 dias, o saldo será automaticamente transferido para você.



Community Health Connections

We take great care of you!

8. Não pagamento: Se sua conta estiver com mais de 60 dias em atraso, você receberá uma carta informando que tem 14 dias para pagar o valor total. Esteja ciente de que, se o saldo não for pago, poderemos encaminhar a sua conta para uma agência de cobrança. Se isso ocorrer, você será notificado através dos serços dos correios por meio de carta registrada/norma. Você tem 30 dias para encontrar atendimento odontológico alternativo. Você e seus dependentes serão desvinculados dos nossos serviços. Durante esse período de 30 dias, a nossa equipe só poderá atendê-lo (los) em caráter de emergência.

9. Cheques devolvidos. Será cobrada uma taxa de U\$ 30,00 na sua conta bancária para quaisquer cheques devolvidos pelo banco por não haver saldo suficiente na conta. Você será notificado por escrito e deverá providenciar o pagamento integral.

Entendo que é minha responsabilidade ter conhecimento das coberturas dos serviços odontológicos que o meu seguro oferece. Eu serei totalmente responsável por todos os saldos remanescentes, co-pagamentos e faturas que a minha seguradora não cobrir. O pagamento é esperado no momento em que o tratamento é realizado.

Pela presente autorizo a minha seguradora emitir os benefícios e despesas cobertas nos termos da apólice de meu seguro e realizar o pagamento por serviços que foram prestados pelo Community Health Connections. Eu também autorizo o Community Health Connections liberar/enviar toda e qualquer informação referentes aos meus registros/prontuários dentário caso sejam necessários para o processamento das faturas. Confirmo que todas as informações fornecidas são verdadeiras e corretas. Concordo em notificar imediatamente a este Centro sobre quaisquer alterações nas informações até que a minha fatura/conta seja paga integralmente. Entendo ainda que o meu seguro será cobrado e que eu sou totalmente responsável financeiramente por todas as minhas despesas e pelas despesas dos meus dependentes.

Assinatura do Responsável

Data

Nome por extenso

Data de Nascimento

4/2019