



## Acuerdo de pago

Gracias por elegirnos como su proveedor de servicios dentales. Estamos comprometidos a proveerle con la calidad y el cuidado de salud asequible. Por favor lea la siguiente política de pago y dirigir cualquier pregunta que pueda tener al departamento de facturación.

1. **Seguros.** Participamos en la mayoría de los planes de seguro, incluyendo Medicaid. Si usted no está asegurado por un plan que hacemos negocios con, y no cualifica a una cuota basada en sus ingresos, se espera el pago total en cada visita. Si está asegurado por un plan que hacemos negocios con, pero usted no tiene una tarjeta de seguros actualizada, se requiere el pago total por cada visita hasta que podamos verificar su cobertura. **Conocer sus beneficios de seguro es su responsabilidad.** Por favor, póngase en contacto con su compañía de seguros con cualquier pregunta que pueda tener con respecto a su cobertura.
2. **Copagos, coseguros, deducibles.** Copagos, coseguros y deducibles **deben pagarse en el momento del servicio por parte del paciente o la persona que acompaña al paciente.** Un copago, coseguro, y / o deducible son parte de su contacto con su compañía de seguros. Es su compañía de seguros, no CHC que asigna un copago, coseguro y / o deducible como la responsabilidad del paciente. Se le facturará si su compañía de seguros nos notifica en una fecha posterior que se han asignado un copago, coseguro y / o deducible para un servicio. Fracaso de nuestra parte para cobrar copagos, coseguros y deducibles de los pacientes puede considerarse fraude. Por favor ayúdenos a confirmamos la ley mediante el pago de su co-pago, co-seguro, y ni deducible. CHC acepta pagos en forma de dinero en efectivo, cheque o tarjeta de crédito.
3. **Los servicios no cubiertos.** Tenga en cuenta que algunos - y tal vez todos - de los servicios que recibe puede ser no cubiertos o no sea considerado razonable o necesario por Medicare o otros aseguradores. Usted debe pagar por estos servicios en su totalidad en el momento de la visita o si se facturan en una fecha posterior. Su dentista es requerido por su compañía de seguros para documentar los servicios prestados. Por favor, no nos pida alterar la documentación para fines de cobertura de seguros o de pago seguros.
4. **Sin seguro (auto-pago) visitas.** El pago se requiere para todos los servicios que no están cubiertos por un seguro en el momento del servicio. CHC participa en un programa de libre deslizamiento, un servicio para las personas que no / sub-asegurados. Por favor, solicite información sobre cómo solicitar el programa de honorarios.
5. **Prueba de seguro.** Todos los pacientes deben completar nuestro paquete de registro del paciente antes de ver el proveedor. Debemos obtener una copia de una tarjeta de seguro válido actual para proporcionar prueba de seguro. Si no nos proporciona la información de seguro correcta en el momento oportuno, puede ser responsable por el saldo de la reclamación.



# Community Health Connections

*We take great care of you!*

6. **La presentación de reclamos.** Vamos a enviar sus reclamos y le ayudaremos de cualquier manera que razonablemente podamos para ayudar a que sus reclamos sean pagados. Su compañía de seguros puede necesitar que se les suministre cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con su petición. Tenga en cuenta que el saldo de su reclamo es su responsabilidad si su compañía de seguros paga su reclamo. Su beneficio de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros; que no somos para parte de dicho contrato.
7. **Cambios de cobertura.** Si su seguro cambia, por favor avísenos antes de su próxima visita, así que podemos hacer los cambios apropiados para ayudarle a recibir sus beneficios máximos. Si su compañía de seguros no paga su reclamo dentro de los 90 días, el equilibrio será cargada automáticamente a usted.
8. **Falta de pago.** Si su cuenta es más de 60 días vencida, recibirá una carta indicando que usted tiene 14 días para pagar la cuenta en su totalidad. Tenga en cuenta que si queda un saldo sin pagar, nosotros podemos referir su cuenta a una agencia de colección y usted y sus miembros de la familia inmediatamente pueden ser descargada de esta práctica. Si esto ocurre, se le notificará por correo ordinario y correo certificado que tiene 30 días para encontrar el cuidado dental alternativo. Durante ese período de 30 días, los proveedores sólo podrán tratarle en caso de emergencia.
9. **Rebote de cheques.** Habrá un cargo de \$ 30.00 agregado a su estado de cuenta para los cheques que se nos devuelva del banco debidos a fondos insuficientes. Se le notificará por escrito y se espera que proporcione el pago en su totalidad.

**Yo entiendo que es mi responsabilidad saber mis beneficios del seguro para los servicios dentales prestados. Voy a ser totalmente responsable de todos los saldos restantes, co-pagos, deducibles o equilibrar mi compañía de seguros que no cubre. Se espera que el pago se haga en el tiempo de tratamiento.**

Por la presente autorizo y mi compañía de seguros para emitir los beneficios de gastos permitidos y por pagar a mí bajo los términos de la póliza de seguro como pago por los servicios prestados a mí por conexiones salud de la comunidad. También por este medio autorizo y dirigo a Community Health Connections para liberar cualquier y toda la información de mis registros dentales relacionados con mi condición dental con el fin de procesar las reclamaciones. Yo verifico que toda la información proporcionada es verdadera y correcta. Estoy de acuerdo con prontitud a esta oficina de cualquier cambio en la información hasta que mi cuenta se paga en su totalidad. Yo entiendo que mi seguro será facturada como una cortesía y que sigo siendo plenamente responsable financieramente de todos los cargos que yo o mis dependientes incurran.

Firma de la Persona Responsable	Fecha
Nombre del paciente	Fecha de Nacimiento

**Fitchburg Community Health Center**  
326 Nichols Rd., Fitchburg, MA 01420  
Tel: (978) 878-8100  
Fax: (978) 878-8326

**Greater Gardner Community Health Center**  
175 Connors St., Gardner, MA 01440  
Tel: (978) 878-8100  
Fax: (978) 410-6176

**Leominster Community Health Center**  
14 Manning Ave., Leominster, MA 01453  
Tel: (978) 878-8100  
Fax: (978) 878-8152

**ACTION**  
Health Services  
Tel: (978) 878-8100  
Fax: (978) 878-8535