



Bluebonnet Dental

ADVANCED COSMETIC & FAMILY DENTISTRY

Financial Policy

Thank you for selecting Bluebonnet Dental for your dental care. In order to prevent any misunderstanding over the responsibility of payment for surgical services provided to our patients, we supply you with the following information:

The patient, guarantor or the person bringing the patient (if the patient is a minor), is responsible for payment of any balance due following the office visit, test or procedure. We accept cash and credit cards (American Express, Discover, MasterCard, Visa and Care Credit). In the case of divorce parents, the parent bringing the child to the office is responsible for payment of any balance due at the time of service. Should you need documentation to secure reimbursement, a copy of the bill is furnished at each visit.

If a referral from your primary dentist is required by your insurance plan, it must be received in our office by the appointment time. If we have not received the referral by the time of your arrival, your appointment will be rescheduled. You will be asked for your insurance card and driver's license at the registration desk for identification purposes.

Insurance Coverage

If you have coverage through an insurance company, we require a copy of your insurance card and payment of your deductible and/or co-insurance at the time of service. You will also be required to fill out a credit card authorization form.

I have read all the information above and agree that, regardless of my insurance status, I am responsible for my account balance for any professional services rendered. Disclosed, non-covered services are my responsibility.

In the event my insurance company is billed, I irrevocably assign and transfer benefits to Bluebonnet Dental. A photocopy of this agreement shall be considered as effective and valid as the original.

I authorize the release of any information pertinent to my claim to any insurance company, adjuster, or attorney involved in this claim.

Signature of responsible party _____ Date _____

I authorize the release of any medical/dental information necessary to process my claims.

Signature of patient (or guardian) _____ Date _____



Bluebonnet Dental

ADVANCED COSMETIC & FAMILY DENTISTRY

Política financiera

Gracias por elegir Bluebonnet Dental para su cuidado dental. Con el fin de evitar cualquier malentendido sobre la responsabilidad del pago de los servicios quirúrgicos prestados a nuestros pacientes, le proporcionamos la siguiente información:

El paciente, el garante o la persona que trae al paciente (si el paciente es menor de edad) es responsable del pago de cualquier saldo adeudado después de la visita al consultorio, la prueba o el procedimiento. Aceptamos efectivo y tarjetas de crédito (American Express, Discover, MasterCard, Visa y Care Credit). En el caso de padres divorciados, el padre que trae al niño a la oficina es responsable del pago de cualquier saldo adeudado al momento del servicio. Si necesita documentación para asegurar el reembolso, se le proporciona una copia de la factura en cada visita.

Si su plan de seguro requiere una derivación de su dentista primario, debe recibirla en nuestra oficina antes de la hora de la cita. Si no hemos recibido la remisión para el momento de su llegada, se reprogramará su cita. Se le pedirá su tarjeta de seguro y licencia de conducir en el mostrador de registro para fines de identificación.

Cobertura del seguro

Si tiene cobertura a través de una compañía de seguros, requerimos una copia de su tarjeta de seguro y el pago de su deducible y/o coseguro al momento del servicio. También se le pedirá que complete un formulario de autorización de tarjeta de crédito.

He leído toda la información anterior y acepto que, independientemente del estado de mi seguro, soy responsable del saldo de mi cuenta por cualquier servicio profesional prestado. Los servicios divulgados y no cubiertos son mi responsabilidad.

En caso de que se facture a mi compañía de seguros, cedo y transfiero irrevocablemente los beneficios a Bluebonnet Dental. Una fotocopia de este acuerdo se considerará tan eficaz y válida como el original.

Autorizo la divulgación de cualquier información pertinente a mi reclamo a cualquier compañía de seguros, ajustador o abogado involucrado en este reclamo.

Firma de la parte

responsable _____ Fecha _____

Autorizo la divulgación de cualquier información médica/dental necesaria para procesar mis reclamos.

Firma del paciente (o tutor) _____ Fecha _____