

Patient Financial Agreement

Acuerdo de financiamiento del paciente

Polish Dental Center (PDC)

Polish Dental Center requires all patients to make financial arrangements with us before we provide treatment. / *Polish Dental Center require que todos /os pacientes establezcan un acuerdo financiero antes de suministrarles tratamiento.*

- 1. I understand that I am required to pay, before treatment is performed, the estimated portion of any/all procedures or treatment that will not be covered by my insurance for myself and/or any party for whom I am financially responsible.** / *Yo entiendo que es requerido que yo efectúe el pago completo, antes de que el tratamiento sea realizado, la porción estimada de cualquier procedimiento o tratamiento que no este cubierto por mi seguro 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 que los tratamientos o procedimientos están cubiertos y/o pagados por mi seguro (incluyendo para sin limitarse a cualquier exclusión, deducible, máximo anual o de por vida que cualquier)*
- 3. I understand that as a courtesy, PDC will attempt to verify my insurance coverage from information that I provide and will file two claims per appointment. 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.** / *Entiendo que, como una cortesía al paciente, PDC intentará verificar la cobertura de mi seguro a través de la información que le he suministrado y presentará dos reclamos por cada cita.*
- 4. I understand that insurance claims will only be filed ONLY if I provide PDC with my social security and insurance identification numbers (if applicable). If I choose not to provide PDC with my social security number, I understand that I must pay in full for all services rendered it is PDC'S policy to required social security numbers and a copy of a government- issued picture identification (driver's license) for record keeping purposes even though that may be the policy of my insurance carrier./** *Entiendo que puedo hacer una solicitud de reembolso de seguro solo si le proporciono a PDC mi número de seguro social y de identificación de seguro (si aplica). Si decido no proporcionar a PDC mi número de seguro social, entiendo que debo pagar la totalidad de los servicios prestados. Es la política de PDC solicitar los números de seguro social y 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.** / *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 finalmente. 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 debo pagar inmediatamente en cuanto lo reciba.*

6. **I understand that I will be charged \$50 for any/all returned checks, electronic authorization or any debit sent or provided to PDC for payment.** / *Entiendo que se me cobrara \$50 por cualquier cheque, autorizacion de pago electronico o debito enviado o entregado a PDC que sea rechazado.*
7. **I understand failure to pay my account, after 90 days, PDC has the right to 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 sino pago mi cuenta, despues de 90 dias, PDC puede reportar mi cuenta a las oficinas de credito, a las agendas de colecciones y/o tomar accion legal contra mi por el pago completo, incluyendo pero no limitado a los honorarios del abogado, los gastos de coleccion y/o los costas judiciales.**
8. **I understand that unless patient records are sent directly to another provider, the charge for (paper) copies of x-rays and/or medical records is \$25.00. 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 y información sobre el tratamiento es \$25.00. Estas tarifas están sujetas a cambio sin previo aviso.*
9. **I understand that it is my responsibility to immediately notify PDC 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 PDC sobre cualquier cambio de dirección, número de teléfono, información de contacto / laboral, situación / laboral, cambios en el seguro médico, etc.*
10. **I understand that if I discontinue treatment for a request 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 discontinue 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 limitandose a, los parciales, las dentaduras, las coronas, la construcción de Puente y preparaciones quirúrgicas, yo sigo siendo responsable de pagar todas las costas relacionadas con el Laboratorio, los materiales y los servicios que fueron incurridos antes de que interrumpiera el tratamiento. Todas las costas relacionadas, 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.*
11. **I / We understand and agree that any credit granted shall be paid promptly in accordance with terms and agreements, that the credit grantor may add three percent (3 %) per month to any balance owed and in the event of default to pay reasonable collection charges and/or court costs and attorney fees.**
12. **REFUND OF PRODUCTS: I understand that any product bought at PDC are FINAL SALE and no refunds/exchanges will be given.** / *Entiendo que cualquier producto comprado en PDC son FINAL.*

By checking this box, I acknowledge that I have thoroughly read, understand and agree to the above terms and conditions. / *Al marcar esta casilla, reconozco que bien he leído cuidadosamente, entiendo y estoy de acuerdo con los terminos y condiciones antedichos.*