

# Adulto (14 años y más) Acuerdo Financiero para Servicios de Anestesia

A  
D  
U  
L  
T  
O  
|  
A  
C  
U  
E  
R  
D  
O  
F  
I  
N  
A  
N  
C  
I  
E  
R  
O

Tenga en cuenta que la anestesia y los servicios dentales son proporcionados por dos entidades independientes con tarifas separadas. Arizona Dental Anesthesia se contrata con ciertos planes AHCCCS. Los honorarios de los pacientes no cubiertos por los planes contratados se enumeran a continuación. Las tarifas se basan en estimaciones de tiempo proporcionadas por el dentista que tiene en cuenta la complejidad quirúrgica y anestésica del caso.

## **Honorarios de la anestesia**

- Cualquier servicio que dure hasta 1 hora \$750.00
- Cada 15 minutos adicionales \$125.00

## **Pago**

El pago completo se puede hacer con efectivo o tarjeta de crédito/débito en el día de la cirugía. No se aceptarán cheques. Se realizarán extensos intentos para recolectar saldos pendientes de pago. La falta de pago por parte del paciente para pagar las reclamaciones pendientes se someterá a un abogado de colecciones para su procesamiento.

## **Reembolso del seguro**

Si Arizona Dental Anesthesia no es contratado con su compañía de seguros médicos o dentales, el reembolso de los servicios anestésicos se le proporcionará directamente. Al finalizar la anestesia, el anesthesiologo le proporcionará un recibo detallado para la presentación para el reembolso. Es su responsabilidad presentar esto a su compañía de seguros. Tenga en cuenta que las indemnizaciones de reembolso de la compañía de seguros, si las hubiera, no cubrirán el costo total de estos servicios de anestesia. Si esto es un factor importante, por favor tome unos minutos antes de programar esta cita para ponerse en contacto con sus compañías de seguros dentales y médicos para informarse sobre su cobertura en particular.

## **Aviso para los pacientes cubiertos por TRICARE (Metlife Dental)**

Arizona Dental Anesthesia no es un proveedor contratado por TRICARE (Metlife Dental). Esta exención permite a un proveedor fuera de la red (no contratado) cobrar cargos facturados por los servicios negados como "no cubiertos" de un beneficiario de TRICARE cuando el beneficiario haya acordado, por escrito, renunciar a su facturación de saldo proteccion.

Reconozco que estoy firmando esta declaración voluntariamente, y que no está siendo firmada bajo coacción o después de que los servicios ya han sido proporcionados. Entiendo que al firmar este formulario, seré totalmente responsable del total de los cargos facturados por cualquier servicio denegado como no cubierto y listado anteriormente y pagará al proveedor esta cantidad, independientemente de cualquier pago o falta de pago realizado Por TRICARE. También entiendo que es mi elección tener estos servicios en una fecha y hora futuras por este proveedor que no es un participante en el programa TRICARE.

He leído, entiendo y estoy de acuerdo con la **estimación** anterior de los honorarios.

Imprimir el nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico para el recibo: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_