

Payment Policy of Mainland Dental Associates

We are committed to providing you with the best possible dental care. In order to keep our fees as low as possible, payment is due at the time services are rendered. If you have any questions about our policies, please speak to us **PRIOR** to treatment. We offer the following methods of payment: Cash, Personal Check (a valid driver's license may be requested), Mastercard, Visa and Discover. In addition, we participate with outside financing companies.

If you have dental insurance we will be happy to submit to your insurance carrier for payment and charge you only the portion not covered by your policy, as long as we are able to obtain eligibility status and benefit levels prior to treatment.

We will gladly discuss your proposed treatment and answer any questions related to payment due from you and payment estimated from your insurance carrier. You must realize, however, that:

1.) Our agreement is with you. Once you have agreed to treatment, you are responsible for payment for the portion of the treatment that has been completed or ordered. Payments that are more than 30 days past due are subject to a finance charge of 1 ½% per month. If we need to proceed legally to collect our fees, you will be responsible for any legal fees. Your signature below authorizes your employer and your insurance company to release any file information to us necessary to collect our fees.

2.) If you have insurance, it is a contract between you, your employer and the insurance company. We will assist you in any way possible but we are not a party to the contract.

3.) While most insurance covers a percentage of our fees for services, any portion not paid by your insurance carrier is your responsibility. Our computer will estimate the payment expected from your insurance carrier, but any difference between the estimate and the actual payment becomes your responsibility.

4.) Most insurance carriers will only pay for treatment that has been completed. In addition, insurance carriers sometimes ask for additional information from you after we submit the claim. If we are unable to receive payment due to your failure to provide information, payment remains your responsibility.

We must emphasize that, as dental care providers our relationship is with you, not your insurance company. While filing insurance claims is a courtesy that we extend to our patients, all charges are your responsibility. If you have any questions about the information above or any uncertainty regarding insurance coverage or the payments you will be responsible for, PLEASE do not hesitate to ask us. We are here to answer your questions.

Please Print Name

Guarantor Signature

Date

Política De Pagos Para Mainland Dental Asociados

Estamos confiados a proveerle a usted con el mejor, cuidado dental posible. para poder mantener nuestros honorarios lo mas bajo posible. Los pagos deben de ser cuando el servicio es rendido. Si usted tiene alguna pregunta sobre nuestras politicas, por favor de hablarnos antes del tratameineto. Ofrecemos los siguientes metodos de pago: Efectivo, Cheques Personales, (una licencia de conducir valida puede ser solicitada) Mastercard, Visa, y Discover. Ademas, participamos con companias de finaciamiontos.

Si usted tiene seguro dental nosotros someteremos a su portador de seguros para el pago y cargarle solamente la porcion no cubierta por su politica, con tal de poder obtener nieveles del estado y de la ventaja de la eligiibilidad antes de su tratamiento.

Podemos discutir su tratamiento propuesto y contestaremos cualquier pregunta relacionada con el pago debido de usted y el pago estimado de su portador de seguro. Cin embargo, usted debe realizar esto:

1.) Nuestro acuerdo esta con usted una vez que usted haya acordado tener el tratamiento usted es responsable de el pago para la porcion de su tratamiento terminado o que se aiga pedido. Los pagos que son mas de 30 dias de atraso se le anadiran carga de 1 ½% al mes. Si necesitamos proceder legal mente para colectar nuestros honorarios. Usted sera responsable de cualquier cuota legal. Su firma abajo autoriza a su patron y a su compania de seguros a lanzar cualquier informacion de archivo nuestros necesarios para recoger nuestros honorarios.

2.) Si usted tiene seguro, es un contrato entre usted, su patron y la compania de seguros. Nosotros le asistiremos de cualquier manera posible pero no somos un partido al contacto.

3.) Mientras que la mayoria del seguro cubre un porcentaje de nuestros honorarios de servicios. Cualquier porcion no pagada por su portador de seguro es su responsabilidad. Nuestra computadora estimara los pagos de su portador de seguro, pero cualquier diferencia entre las estimacione de los pagos reales se convierten su responsabilidad.

4.) La mayoria de los portadores de seguro pagaran solamente el tratamiento que se ha terminado. Ademas los portadores de seguros piden aveces informaciones adicional de usted despues de que sometamos la demanda. Si no podemos recibir el pago pedido a su falta de porporcionar la informacion, el pago sigue siendo su responsabilidad.

Debemos acentuar que como abastecedores del cuidado dental nuestra relacion esta con usted no su compania de seguros. mientras que archiva el seguro enviar las demandas es una cortesia que ampliamos a nuestros paciente, todas los cargos son su reponsabilidad. Si usted tienes alguna pregunta sobre la informacion arriba, o cualquier incertidumbre con respecto a su cobertura de seguro o a los pagos que usted es responsable. Por favor no vacile de preguntarnos.. Estamos aqui para contestar a sus preguntas.

Por Favor Impresion

Firma de Garante

Fecha