



## Patient Financial Agreement / Acuerdo de financiamiento del paciente

Coast Dental requires all patients to make financial arrangements with us before we provide treatment. / Coast Dental requiere que todos los pacientes establezcan un acuerdo financiero antes de suministrarles tratamiento.

1. I understand that full payment is due at the time of service for myself and any party for whom I am financially responsible.  
Entiendo que debo efectuar el pago completo en el momento de recibir servicio 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 qué tratamientos o procedimientos están cubiertos y/o pagados por mi seguro (incluyendo pero sin limitarse a cualquier exclusión, deducible, máximo anual o de por vida que aplique).** \_\_\_\_\_  
Initial/inicial
3. I understand that as a courtesy, Coast Dental will attempt to verify my insurance coverage from information that I provide and will file two claims per appointment, in accordance with all contracted agreements with the insurance payor(s). Your personal health information (PHI) may be used, as needed, to obtain payment for your health care services. This may include certain activities that your health insurance plan may undertake before it approves or pays for the health care services we recommend for you, such as: making a determination of eligibility or coverage for insurance benefits. 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, Coast Dental intentará verificar mi cobertura de seguro a partir de la información que proporciono y presentará dos reclamaciones por cada cita, de conformidad con todos los acuerdos contraídos con el pagador o pagadores del seguro. Es posible que se utilice su información personal de salud (PHI, por sus siglas en inglés), según sea necesario, para obtener el pago por sus servicios de atención médica. Esto puede incluir determinadas actividades que su plan de seguro de salud puede realizar antes de aprobar o pagar por los servicios de atención médica que le recomendamos, tales como: hacer una determinación de elegibilidad o cobertura para prestaciones de seguro. Entiendo que tengo la obligación de pagar en su totalidad, antes de realizar el tratamiento, la porción estimada de cualquier procedimiento o tratamiento que no estarán cubiertos por mi seguro.
4. I understand that insurance claims will only be filed if I provide Coast Dental with a copy of my current (unexpired) government-issued photo identification (driver's license, state ID, passport), my current insurance identification member number(s), and my current insurance card (if applicable). I understand that I may not use my insurance and must pay in full for all services rendered if I choose not to provide Coast Dental with this information.  
Entiendo que puedo hacer una solicitud de reembolso solo si proporciono a Coast Dental una copia actual, no vencida de mi licencia de conducir, identificación o pasaporte, identificación de seguro (si aplica). Entiendo que puedo optar por no usar mi seguro, y soy responsable de pagar en su totalidad por los servicios prestados si decido no proporcionar esta información a Coast Dental.
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 deberé pagar inmediatamente en cuanto lo reciba.** \_\_\_\_\_  
Initial/inicial
6. I understand that all account balances over 30 days will incur an interest charge at the maximum legal rate allowed.\*  
Entiendo que todas las cuentas con balances que superen 30 días incurrirán un interés a la tasa máxima permitida por la ley.\*
7. I understand that I will be charged the maximum service charge allowed by law for any returned check, electronic authorization or any debit sent or provided to Coast Dental for payment.  
Entiendo que se me cobrará el cargo de servicio máximo que permite la ley por cualquier cheque, autorización de pago electrónico o débito enviado o entregado a Coast Dental que sea rechazado.

8. I understand that I must inform Coast Dental, in writing, of any concerns, questions or disputes I may have concerning my treatment or charges in a timely manner but not more than 30 days from either the completion of the procedure or awareness of dispute.  
Entiendo que debo informar a Coast Dental, por escrito, cualquier inquietud, pregunta o conflicto que pudiera tener en relación con mi tratamiento o con los cargos de manera oportuna pero no más de 30 días después de completado el procedimiento o del conocimiento del conflicto.
9. I understand that if I fail to pay my account upon it becoming due, Coast Dental may 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 si no pago mi cuenta en la debida fecha de pago, Coast Dental puede reportar mi cuenta a las oficinas de crédito, a las agencias de colecciones y/o tomar acción legal contra mí por el pago completo, incluyendo pero no limitado a los honorarios del abogado, los gastos de colección y/o los costos judiciales.\*
10. I understand that Coast Dental currently charges \$25.00, or the amount allowed by insurance, for a broken or cancelled appointment unless 24 hours advance notice is given. This fee is subject to change without notice.  
Entiendo que Coast Dental actualmente cobra \$25.00 o la cantidad que permita el seguro, por una cita a la que no asista o cancele, a menos que avise con 24 horas de anticipación. Esta tarifa está sujeta a cambio sin previo aviso. \_\_\_\_\_  
Initial/inicial
11. I understand that it is my responsibility to immediately notify Coast Dental 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 Coast Dental sobre cualquier cambio de dirección, numero de teléfono, información de contacto laboral, situación laboral, cambios en el seguro medico, etc.
12. I authorize payment of the dental benefits otherwise payable to me directly to the below named dental entity. I further authorize Coast Dental to deposit checks received on my account when made payable in my name.  
Autorizo el pago de los beneficios dentales, que en otras circunstancias se pagarían a mí directamente, a la entidad de servicios dentales que se indica a continuación. También autorizo que Coast Dental deposite en mi cuenta cheques recibidos que estén en mi nombre.
13. I understand that if I discontinue treatment for a requested procedure, including but not limited to, partials, dentures, crowns, bridgework, aligners, perio protect trays, implants, implant hardware & accessories and surgical preparatory work, I remain responsible for paying a minimum of \$50.00 for all costs incurred before I discontinued treatment, including, but not limited to doctor's chair time, materials, and lab services. 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 limitándose a, los parciales, las dentaduras, las coronas, la construcción de puente, alineadores, bandejas de protección periodontal, implantes, accesorios e instrumentos de implantes y preparaciones quirúrgicas, yo sigo siendo responsable de pagar un mínimo de \$50.00 dólares incluyendo/no limitado a todos los costos relacionados con el laboratorio, tiempo de trabajo del doctor(es), los materiales y los servicios que fueron incurridos antes de que interrumpiera el tratamiento. Todos los costos relacionados 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 \_\_\_\_\_  
Initial/inicial
14. REFUND OF PRODUCTS: I understand that Coast Dental's return policy for unopened or unused non-prescription products is thirty (30) days from the date of purchase. Non-prescription products include, but are not limited to, toothbrushes, or other non-prescription merchandise. By law, prescription products cannot be returned which include but are not limited to, whitening products or toothpastes.  
DEVOLUCIÓN DE PRODUCTOS: Entiendo que la política de devolución de Coast Dental para productos de venta sin receta cerrados o no usados es de treinta (30) días a partir de la fecha de compra. Los productos sin receta incluyen, pero no se limitan a cepillos dentales u otra mercadería de venta sin receta. Por ley, los productos de venta con receta no se pueden devolver y, entre estos tenemos, los productos de blanqueamiento o pastas dentales.

I have thoroughly read, understand and agree to the above terms and conditions. / He leído cuidadosamente, entiendo y estoy de acuerdo con los términos y condiciones antedichos.

.....  
Printed Name / Nombre con letra de molde

.....  
Date / Fecha

.....  
Signature of Patient (or authorized guardian) / Firma del Paciente (o su tutor autorizado)

.....  
If authorized guardian, relationship to patient / Si es el tutor autorizado, relación con el paciente

.....  
Witness Name / Nombre en letra de molde de testigo

.....  
Witness Signature / Firma de testigo