

Financial Informed Consent

1. **PAYMENT IS DUE** on the day services are rendered unless prior financial arrangements have been made. Any discount or coupons are void unless payment is made on or before the day of service.
2. If I carry dental insurance I understand that all dental services rendered are charged directly to me and that **I AM PERSONALLY RESPONSIBLE FOR ALL DENTAL FEES**. My dental insurance claims will be submitted as a courtesy, however; **I MUST** pay my **ESTIMATED** portion of the bill on or before the day of service.
 - 2.1. I understand that Aurora Bright Dental receives a summary of my benefit coverage, and all treatment estimates are based on the information received from my dental insurance provider. Dental Plan summaries do not include every detail of my benefits. I am **responsible** for understanding the details of my dental insurance plan.
 - 2.2. Services **NOT** estimated to be covered by my insurance are due at the time services are rendered.
 - 2.2.1. I understand I am responsible for the **FULL** office fee on any service that is not a benefit of my dental plan.
 - 2.3. I understand that my dental insurance is **NOT** a guarantee of payment
 - 2.3.1. My dental benefits are **NOT** a guarantee and are determined **ONLY** once a claim has been submitted to my dental insurance.
 - 2.4. I understand I am responsible for any remaining balance after insurance.
 - 2.4.1. I understand that my insurance may deny, apply alternate benefits, or frequency limitations; to any dental claim submitted on my behalf, once it is received.
 - 2.4.2. Aurora Bright Dental is not responsible for limitations, exclusions or determinations made by my dental insurance plan or plan consultants. **I accept that all treatment recommended by Aurora Bright dental is considered on ideal personal health and not my dental insurance plan.**
 - 2.5. I understand Aurora Bright Dental is **NOT** responsible for remaining balances as a result of my dental plan benefits.
3. If I chose **NOT** to pay my **ESTIMATED** patient portion at time of service and prefer to wait on insurance to pay, I am **RESPONSIBLE** for the total amount of services on the date they are performed.
4. A monthly service charge of 2% (24% APR), with a monthly minimum fee of \$15.00; will be added to my account for balances over 30 days from the date payment is due. I understand that balances over 90 days will be forwarded to collections.
5. To secure an appointment time, exceeding 1 hour, requires a **MINIMAL PREPAYMENT OF \$100 or 20%** (of Patient out-of-pocket portion), whichever is greater.
 - 5.1. Appointments are reserved exclusively for me and a **MINIMUM 36 HOUR** notice is required if I am unable to make my appointment so that this time can be made available to other patients.
 - 5.2. Deposits on appointments canceled within 36 hours are **NON-REFUNDABLE**
 - 5.3. Deposit will be carried over to first rescheduled appointment.
 - 5.4. Deposit is **NON-REFUNDABLE** if patient chooses not to reschedule.
6. **"Broken Appointment Fee"** of \$100 will be assessed for any appointment canceled within 36 hours, for appointments without a PREPAYMENT.
 - 6.1. A "one time" courtesy will be extended for extenuating circumstances within a 12 month period
 - 6.2. Patients who demonstrate a history of 2 broken appointments within 36 hours, in a 12 month period; may be asked to provide a credit card to reserve any future appointments at the practices' discretion.

I, (Print full Name) _____, agree to the financial terms for payment of my treatment. I understand all fees for the services to be performed and all my questions have been answered. A copy of Aurora Bright Dentals' Financial and Payment Options policy is available to me at any time and I have been offered a copy for my personal records.

Deposit Amount _____ Date of Appt: _____
Amount Due on Appt Date: _____

Scheduled Procedures _____

Available Payment Options:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pay estimated patient portion at time of service. I understand I am responsible for any remaining balance after insurance. | <input type="checkbox"/> Care Credit 6 mo 0% financing. <i>Balances over \$300</i> |
| <input type="checkbox"/> I have insurance but choose to wait on payment, I will pay 100% of services and have reimbursement sent to me. | <input type="checkbox"/> Care Credit 12 mo 0% financing. <i>Balances over \$1000</i> |
| <input type="checkbox"/> Pre Pay entire fee prior to appointment (<i>services must exceed \$1,000.00</i>) | <input type="checkbox"/> Care Credit Extended financing |
| <input type="checkbox"/> 10% - credit toward estimated patient out-of-pocket if paid by cash | <input type="checkbox"/> *I require a Payment Plan. (<i>Total billable charges must exceed \$600</i>) |
| <input type="checkbox"/> 5% - credit toward estimated patient out-of-pocket by credit | <input type="checkbox"/> *Half at 1st visit, remaining at delivery |
| | <input type="checkbox"/> *3 months 0% finance charge |
| | <input type="checkbox"/> *4 months 10% finance charge |
| | <input type="checkbox"/> *5 months 15% finance charge |
| | <input type="checkbox"/> *6 months 20% finance charge |
| | <input type="checkbox"/> *12 months 25% finance charge (<i>Balances over \$3,000 and Ortho only</i>) |

Signature of Patient or Legal Guardian: _____ Date: _____

*Payment plans require a valid credit card (debit/check cards are not acceptable) on file for automatic payments. Patient may pay with alternate payment type by notifying our office prior to agreed upon payment date.

Consentimiento Financiero Informado

1. EL PAGO ES DEBIDO el día en que se prestan los servicios, a menos que se hayan hecho arreglos financieros previos. Cualquier descuento o cupón se anulará a menos que el pago se realice en o antes del día de servicio.
2. Si tengo seguro dental, entiendo que todos los servicios dentales que me prestan están directamente a mi cargo y YO SOY PERSONALMENTE RESPONSABLE DE TODAS LAS CUOTAS DENTALES. Mis reclamaciones de seguro dental se presentarán como cortesía. DEBO pagar mi parte ESTIMADA de la factura el día del servicio o antes.
3. Entiendo que Aurora Bright Dental recibe un resumen de mi seguro dental, todas las estimaciones de tratamiento están determinadas por la información recibida de mi seguro dental. Un resumen del seguro dental no incluye todos los detalles de mi seguro. Soy responsable de entender los detalles de mi seguro dental
 - 3.1. Los servicios que NO se estima que están cubiertos por mi seguro vencen en el momento en que se prestan los servicios.
 - 3.1.1. Entiendo que soy responsable de la tarifa de la oficina COMPLETA en cualquier servicio que no sea un beneficio de mi plan dental.
 - 3.2. Entiendo que mi seguro dental NO es una garantía de pago
 - 3.2.1. Mis beneficios dentales NO son una garantía y se determinan SOLAMENTE una vez que se haya enviado un reclamo a mi seguro dental.
 - 3.3. Entiendo que soy responsable de cualquier saldo restante después del seguro.
 - 3.3.1. Entiendo que mi seguro puede negar, aplicar beneficios alternativos o limitaciones de frecuencia; a cualquier reclamación dental presentada en mi nombre, una vez recibida.
 - 3.3.2. Aurora Bright Dental no se hace responsable de las limitaciones, exclusiones o determinaciones hechas por mi plan de seguro dental o los consultores del plan. **Aurora Bright Dental no se hace responsable de las limitaciones, exclusiones o determinaciones hechas por mi plan de seguro dental o los consultores del plan..**
 - 3.4. Entiendo que Aurora Bright Dental NO es responsable de los saldos restantes como resultado de los beneficios de mi plan dental.
4. Si elegí NO pagar mi porción ESTIMADA del paciente al momento del servicio y prefiero esperar en el seguro para pagar, soy RESPONSABLE del monto total de servicios en la fecha en que se realizan.
5. Un cargo mensual por servicio del 2% (24% TAE), con una tarifa mínima mensual de \$ 15.00; se agregará a mi cuenta para saldos de más de 30 días a partir de la fecha de vencimiento del pago. Entiendo que los saldos de más de 90 días se enviarán a cobros.
6. Para asegurar una cita, que exceda de 1 hora, se requiere un PREPAGO MÍNIMO DE \$ 100 o 20% (de la porción de desembolso del paciente), lo que sea mayor.
 - 6.1. Las citas están reservadas exclusivamente para mí y se requiere un aviso MÍNIMO de 36 HORAS si no puedo hacer una cita para que esta hora pueda estar disponible para otros pacientes.
 - 6.2. Depósitos en citas canceladas dentro de las 36 horas no son reembolsables
 - 6.3. El depósito se transferirá a la primera cita reprogramada..
 - 6.4. El depósito no es REEMBOLSABLE si el paciente elige no reprogramar.
7. **"Cuota de cita rota"** de \$ 100 se evaluarán para cualquier cita cancelada dentro de las 36 horas, para citas sin PREPAGO.
 - 7.1. Una cortesía "única" se extenderá a circunstancias atenuantes dentro de un período de 12 meses
 - 7.2. Pacientes que demuestran un historial de 2 citas rotas dentro de las 36 horas, en un periodo de 12 meses; se le puede solicitar que proporcione una tarjeta de crédito para reservar citas futuras a discreción de las prácticas.

Yo, (Imprimir el nombre completo) _____, Acepto los términos financieros para el pago de mi tratamiento. Entiendo todas las tarifas por los servicios a realizar y todas mis preguntas han sido respondidas. Una copia de la política de Opciones Financieras y de Pago de Aurora Bright Dentals está disponible para mí en cualquier momento y se me ha ofrecido una copia para mis registros personales.

Cantidad del depósito _____ Debido a la cita: _____ Día de la cita _____

Procedimientos programados _____

Opciones de pago disponibles:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pagar la porción estimada del paciente al momento del servicio. Entiendo que soy responsable de cualquier saldo restante después del seguro. | <input type="checkbox"/> Care Credit 6 mo financiación 0%. Saldos de más de \$ 300 |
| <input type="checkbox"/> Tengo seguro, pero elijo esperar el pago, pagaré el 100% de los servicios y me enviarán el reembolso. | <input type="checkbox"/> Care Credit financiación 0%. Saldos de más de \$1000 |
| <input type="checkbox"/> Pago anticipado de la tarifa completa antes de la cita (los servicios deben exceder los \$ 1,000.00) | <input type="checkbox"/> *Requiero un plan de pago. (Los cargos totales facturables deben exceder los \$ 600) |
| <input type="checkbox"/> 10%: crédito para el desembolso estimado del paciente si se paga en efectivo | <input type="checkbox"/> *Mitad en la 1ª visita, quedando a la entrega |
| <input type="checkbox"/> 5%: crédito para el estimado del desembolso del paciente por crédito | <input type="checkbox"/> *3 meses 0% cargo financiero |
| | <input type="checkbox"/> *4 meses 10% cargo financiero |
| | <input type="checkbox"/> *5 meses 15% cargo financiero |
| | <input type="checkbox"/> *6 meses 20% cargo financiero |
| | <input type="checkbox"/> *12 meses 25% cargo financiero (Saldos de más de \$3,000 para Ortho solamente) |

Firma del paciente o tutor legal: _____

Fecha: _____

Los planes de pago requieren una tarjeta de crédito válida (las tarjetas de débito / cheque no son aceptables) en el archivo para pagos automáticos. El paciente puede pagar con un pago alternativo notificando a nuestra oficina antes de la fecha de pago.