

2021 Documentos a completar para los servicios de Anestesia y Sedacion

1. Complete los siguientes documentos

1. Estimados relacionados con anestesia y sedacion

- Llene la parte superior del documento,
- Firma del paciente, padre o guardian.

2. Para su programacion de anestesia o sedacion complete la siguiente informacion

- Llene los datos del paciente g adjunte una copia de su registracion en nuestra oficina
- Completar la informacion sobre tarjeta de credito g enviar un cheque a; PDAA P.O. Box 2080 Palm Harbor, FL 34682-2080

\$250 de deposito reintegrable por todos los registros

3. Datos de historia medica

- Completar los datos del paciente y el nombre de su medico dental
- Mida la altura y el peso mas actualizado del paciente
- Nombre del padre/guardian que completo los datos.

Enviar esta documentacion por FAX a: 866-773-3520

- Documentos de anestesia y sedacion
- Estimados de anestesia y sedacion (firmados)
- Datos de historia medica

Por favor llamenos si tiene alguna pregunta

Coordinadora de porgramacion y formas de pago

*** 813-545-9924***

P.O. Box 2080 Palm Harbor, FL 33682-2080

Fax 866-773-3520 Telephone 813-545-9924

Formulario de Anestesia — Estimado de pago por sedacion Fax to: 866-773-3520

Nombre del paciente (por favor escriba legible)			
Nombre del dentista		Fecha del procedimiento	
Indicate the Estimated Dental Procedure Units on the table below		For patients without pre-approved medical insurance coverage	
Estimated Dental Procedure Minutes	Deposit/Payment required at scheduling	Total Prepa(d Anesthesia Fee	Balance due prior to procedure
Estimado de unidades de procedimiento dental (en minutos)	Deposito/pago requerido en la programacion	total de prepago por anestesia/sedación	Cantidad a pagar antes del procedimiento
5	\$250	\$450	\$200
20	\$250	\$650	\$400
40	\$250	\$850	\$600
60	\$250	\$1050	\$800
80	\$250	\$ 1350	\$1100
100	\$250	\$1550	\$1300
120	\$250	\$1800	\$1550
140	\$250	\$2100	\$1850
160	\$250	\$2350	\$2100
180	\$250	\$2600	\$2350
200	\$250	\$2900	\$2650
220	\$250	\$3200	\$2950
240	\$250	\$3500	\$3250

Política de pago:

- Al momento de la cita se requiere un pago de \$250. Aquellos pacientes que no acudan su cita, y no hayan cancelado su cita con 24 horas de antelación se le exigirá un pago de \$250.
- Nuestra oficina de finanzas le asesorara sobre su elegibilidad y cobertura de su seguro medico asi como posibles formas de cobertura por parte de otras aseguradoras que usted tenga fuera de la red de su seguro medico primario, lo que seria deducible de su pago siempre y cuando sea autorizada previamente por dichas empresas.
- Los pagos de los servicios de anestesia son basados en el tiempo real invertido en el procedimiento medico/dental, pudiendo ser finalmente mayor o menor de la cantidad estimad. De ser mayor, la diferencia será pagada con tarjeta de crédito el dia del procedimiento y de ser menor que lo calculado inicialmente, el dinero será devuelto al paciente.
- Le ofrecemos un descuento para servicios de preoago a los Dacientes sin cobertura de seguro médico (ver arriba). Por favor llame al 813-545-9924 con cualquier pregunta.
- Se aceptan cheques de cajero, Am Ex, Visa, MasterCard o Crédito por el saldo de pago total de los servicios no cubiertos de 3 días hábiles antes de |ue el aciente sea atendido.

Entiendo que mi plan de salud (Tricare y otros planes) puede imponer un límite a la facturación de saldos de proveedores fuera de la red, deseo de renunciar a cualquier límite de facturación de saldos y recibir tratamiento de este proveedor fuera de la red.

Entiendo que estoy buscando la atención de PDAA por un servicio que no puede ser cubierto por mi compañía de seguros. Entiendo que mi plan de seguro no puede cubrir una parte de los gastos, costos o gasto relacionado con los servicios de Anestesia y yo seré responsable por todos los gastos incurridos.

firma del paciente

fecha

P.O. Box 2080 Palm Harbor, FL 33682-2080

Fax 866-773-3520 Telephone 813-545-9924

Anestesia - La sedación Programación Formulario

Email: billing@pediatricседation.com Fax to: 866-773-3520

Patient Information

Nombre del dentista		Fecha del procedimiento	
Apellido del paciente		M	Fecha de nacimiento
Primer nombre del paciente		Segundo nombre o apodo	
Direccion			
Ciudad		Estado	Codigo postal
Nombre de los Padres			
Compruebe el método preferido de dirección		de contacto E-mail	
		Teléfono de la casa	
		Teléfono del trabajo	
		del teléfono celular	

Envíe los cheques a los PDAA - P.o. Box 2020 / Palm Harbor, FL 34682

Pago (Circule uno): Visa MasterCard American Express Discover Check CareCredit

Titular de la Tarjeta se compromete a pagar \$ 250 requerido en la programación y el equilibrio de \$ _____ a cargar 2-3 días laborables antes del procedimiento.

Hay un cargo de \$ 250 para los pacientes que no asiste a la cita Sedación IV sin darnos un aviso de 24 horas

Exp. fecha	código de seguridad	Tarjeta #
Nombre del titular		
Titular Dirección (si es diferente a la anterior)		
Firma del titular		

Phone: 813-545-9924 Fax: 866-773-3520

email: billing@pediatricседation.com