

**Dental INSURANCE INFORMATION (MUST BE PROVIDED UPON INITIAL VISIT)**

Insurance Co: \_\_\_\_\_ Subscriber #: \_\_\_\_\_ Group #: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_ Fax Number: \_\_\_\_\_

Policy Holder/Subscriber: \_\_\_\_\_ Social Security Number: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Policy Holder's Mailing Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_

Policy Holder's Relationship to Patient: ( ) Self ( ) Spouse ( ) Parent ( ) Guardian ( ) Other \_\_\_\_\_

I hereby authorize and direct my Insurance Co. to pay Gary M Schwarz, DDS, MSD

\_\_\_\_\_  
(Signature) (Circle One) Self Spouse Parent Legal Guardian other \_\_\_\_\_ Date

**Medical INSURANCE INFORMATION (MUST BE PROVIDED UPON INITIAL VISIT)**

Insurance Co: \_\_\_\_\_ Subscriber #: \_\_\_\_\_ Group #: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_ Fax Number: \_\_\_\_\_

Policy Holder/Subscriber: \_\_\_\_\_ Social Security Number: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Policy Holder's Mailing Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_

Policy Holder's Relationship to Patient: ( ) Self ( ) Spouse ( ) Parent ( ) Guardian ( ) Other \_\_\_\_\_

I hereby authorize and direct my Insurance Co. to pay Gary M Schwarz, DDS, MSD

\_\_\_\_\_  
(Signature) (Circle One) Self Spouse Parent Legal Guardian other \_\_\_\_\_ Date

**RESPONSIBLE PARTY BILLING INFORMATION (MUST BE PRESENT)**

Relationship to patient: ( ) Self ( ) Spouse ( ) Parent ( ) Legal Guardian ( ) Other \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Social Security Number: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Home Phone: \_\_\_\_\_ Cellular Phone: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_

In Case of Emergency : \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Employer: \_\_\_\_\_ Business Phone Number: \_\_\_\_\_

I understand the information I have provided on this form is essential. I understand that if any changes occur I will contact the office at once. I authorize the release of any information pertinent to the patient care to the insurance company. I authorize the doctor to initiate a complaint to the Insurance Commissioner if necessary. I have read, answered and understand these questions and the information is true and correct.

\_\_\_\_\_  
(Signature) (Circle One) Self Spouse Parent Legal Guardian other \_\_\_\_\_ Date

**INFORMACION DEL SEGURO DENTAL**

Nombre de Seguro: \_\_\_\_\_ Numero de identificacion: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Numero de telefono: \_\_\_\_\_

Asegurado: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Direccion de envio del Asegurado: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Relacion del Asegurado al Paciente: ( ) Yo ( ) Esposa/o ( ) Madre/Padre ( ) Guardian ( ) Otro

Yo autorizo y ordeno a mi compañía de seguro que pague a Gary M. Schwarz, DDS, MSD

(Firma) \_\_\_\_\_ (Circule uno) (Yo) (Espos/a) (Madre/Padre) (Tutor legal) (Otro) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE SEGURO MEDICO**

Nombre de Seguro: \_\_\_\_\_ Numero de identificacion: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Numero de telefono: \_\_\_\_\_

Asegurado: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Direccion de envio del Asegurado: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Relacion del Asegurado al Paciente: ( ) Yo ( ) Esposa/o ( ) Madre/Padre ( ) Guardian ( ) Otro

Yo autorizo y ordeno a mi compañía de seguro que pague a Gary M. Schwarz, DDS, MSD

(Firma) \_\_\_\_\_ (Circule uno) (Yo) (Espos/a) (Madre/Padre) (Tutor legal) (Otro) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL RESPONSIBLE DE LA CUENTA ( DEBE DE ESTAR PRESENTE )**

Relacion al paciente: (Yo) (Espos/a) (Madre/Padre) (Tutor legal) (Otro)

Nombre: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Numero de Casa: \_\_\_\_\_ Numero de Celular: \_\_\_\_\_ Numero de Trabajo: \_\_\_\_\_

En Caso de Emergencia: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Numero de telefono: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Numero de telefono laboral: \_\_\_\_\_

Entiendo que la información que he proporcionado en este formulario es esencial. Entiendo que si ocurre algún cambio, yo me comunicare con la oficina de inmediato. Autorizo la divulgacion de cualquier informacion pertinente a la atencion del paciente a la compañía de seguros. Autorizo al medico a iniciar una queja ante el Comisionado de Seguros si es necesario. Yo he leído, respondido y entendido estas preguntas y la informacion es verdadera y correcta.

(Firma) \_\_\_\_\_ (Circule uno) (Yo) (Espos/a) (Madre/Padre) (Tutor legal) (Otro) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

PLEASE READ

Valley Oral Maxillofacial Surgery

Gary M Schwarz, DDS, MSD, PA

OFFICE POLICY CONCERNING PROFESSIONAL FEES AND INSURANCE

The Doctor and Staff of Valley Oral and Maxillofacial Surgery are committed to providing optimum health care for you and your family. We have the following payment options available for you:

\*Cash/Personal Check *(There is a NSF Fee of \$40 for all Returned Checks)*

\*Care Credit

\*Credit Card (Visa, Master Card, Discover and American Express)

**\*\*\*There will be a 3% processing fee for all credit cards.**

\*Insurance: Upon the Initial visit to our office, your Insurance Card and Social Security Number **MUST** be provided. If Insurance and Social Security Number are not provided you will be considered private pay and **responsible** for all services. As a courtesy we will verify and file a claim to your Primary Dental Insurance. Because some Dental insurances require a coordination of benefits with Medical Insurance it is very important that you provide both Medical and Dental Insurance information.

Valley OMS is **NOT** contracted (in Network) with any Medical Insurances.

If your Medical Insurance is PRIMARY you will be responsible to pay for treatment in full.

We will NOT verify benefits with any Medical Insurance however a claim will be filed on your behalf. It is the responsibility of the member to contact their insurance company to verify if there is any Out of Network (OON) coverage.

You also have the option to have us send a DENTAL pre-determination prior to any services being rendered.

Once insurance is verified with your Primary Dental Insurance, you will be given an ESTIMATE of your out-of-pocket expense prior to surgery. (An Estimate is NOT a guarantee of payment. If for any reason payment received from insurance is less than the estimate you will be billed and required to pay the balance. If the insurance payment is more than the estimate you will receive a refund within 30 days.)

Your Estimated Portion will be collected prior to treatment.

**We do NOT provide In-office Financing**

Monthly statements are sent to all patients with an account balance. A finance Charge of 1.5% is applied to all account balances 90 days and over.

Accounts are subject to being turned to collections if delinquent more than 90 days.

\_\_\_\_\_  
Patient Name

\_\_\_\_\_  
Date of Birth

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient, Parent, or Guardian

\_\_\_\_\_  
Date

# **POR FAVOR LEER**

## **Valley Oral and Maxillofacial Surgery Gary M. Schwarz, DDS, MSD, PA**

### **POLÍTICA DE OFICINA RELATIVA A HONORARIOS PROFESIONALES Y SEGUROS**

El médico y el personal de Valley Oral and Maxillofacial Surgery están comprometidos a proporcionar un óptimo atención médica para usted y su familia. Tenemos las siguientes opciones de pago disponibles para usted:

- \* Efectivo / cheque personal (hay una tarifa NSF de \$40 para todos los cheques devueltos)
- \* Care Credit
- \* Tarjeta de crédito (Visa, Master Card, Discover y American Express)
- \*\*\*Habra una tarifa de procesamiento del 3% para todas las tarjetas de credito.**
- \* **Seguro:** en la visita inicial a nuestra oficina, su tarjeta de seguro y numero de seguro social se **DEBE** proporcionar. Si su Seguro y Numero de Seguro Social no se proporcionan, se lo considerará pago privado y será responsable de todos los servicios. **Valley Oral NO está contratado (en la red) con ningún Seguro Médico. NO verificaremos los beneficios con ningún Seguro Médico.**  
**Debido a que algunos seguros dentales requieren una coordinación de beneficios con su Seguro Medico es muy importante que brinde informacion de seguro Médico y Dental de lo contrario se le considerará pago privado.**  
Como cortesía, verificaremos y presentaremos un reclamo a su Seguro Dental Primario. Si su Seguro Médico es **PRIMARIO**, recopilaremos el tratamiento en completo y presentaremos un reclamo. Es responsabilidad del miembro comunicarse con su **compania de seguros para verificar si existen beneficios fuera de la red.**  
También tiene la opción de que le enviemos una determinación dental previa antes de que se presente cualquier servicio.

Una vez que se haya verificado el seguro con su Seguro Dental Primario, se le dará un **PRESUPUESTO** de su gasto de bolsillo antes de la cirugía. (Una **Estimación NO** es un garantía de pago. Si por algún motivo el pago recibido del seguro es inferior a la estimación que se le facturará y se le pedirá que pague el saldo. Si el **pago del seguro es mayor al estimado**, recibirá un **reembolso** dentro de los 30 días).

**Su Parte Estimada se recogerá antes del tratamiento.**

**Nosotros NO hacemos financiamiento en la oficina**

Los estados de cuenta mensuales se envían a todos los pacientes con un saldo de cuenta. Un cargo financiero del 1.5% se aplica a todos los saldos de cuentas de 90 días o más. **Las cuentas están sujetas a ser convertidas en cobros si se demoran más de 90 días.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha