



## POLÍTICA FINANCIERA

Nos complace ser parte del equipo cuya misión principal es brindarle la mejor y más completa atención dental disponible en la actualidad. Además, estamos dedicados a hacer que su atención de alta calidad sea lo más rentable posible. Para promover una relación satisfactoria a largo plazo, presentamos a continuación las políticas financieras de nuestra oficina.

### **OPCIONES DE PAGO**

- Para todos los pacientes, la responsabilidad de pago por el servicio vence en, o antes de, el momento en que se prestan los servicios.
- Para pacientes con seguro, cobraremos cualquier deducible y/o copago estimado en el momento del servicio.
- Aceptamos efectivo, cheques, Visa, MasterCard, Discover y American Express; también ofrecemos financiamiento a través de Care Credit y Lending Club.
- Cualquier responsabilidad del paciente debida a un tratamiento anterior estará sujeta a un plan de pago contingente a partir del permiso de nuestra clínica para mantener una tarjeta de crédito registrada.

**SEGURO:** Como cortesía a usted, presentaremos un reclamo de pago a su compañía de seguros.

- Con gusto hablaremos sobre su tratamiento propuesto, responderemos cualquier pregunta relacionada con su seguro y le proporcionaremos una **ESTIMACIÓN** de lo que su compañía de seguros pagará por su tratamiento.
- Nuestra oficina no garantiza el pago real efectuado por su compañía de seguros, que puede diferir de la estimación original.
- No todos los servicios que brindamos son beneficios cubiertos por el seguro. Las tarifas por servicios no cubiertos se deben pagar al momento del servicio o antes.
- Su seguro es un contrato entre usted, su empleador y su compañía de seguros; usted es **COMPLETAMENTE RESPONSABLE** de cualquier cargo por el tratamiento brindado y cualquier diferencia entre el presupuesto original y la factura final.
- Le facturaremos a su seguro secundario como cortesía, pero usted es responsable de los gastos directos estimados relacionados con el seguro primario.
- No facturamos seguros médicos por los servicios prestados en nuestra clínica.

### **CITAS PERDIDAS**

- Para citas de odontología general, se cobrará una tarifa de \$50 por toda cita cancelada perdida y con poca antelación (con menos de 24 horas de anticipación).
- Para citas especiales, se cobrará una tarifa de \$150 por toda cancelación perdida y de poca antelación.
- Nuestra oficina se reserva el derecho de limitar citas futuras si se producen cancelaciones con poca antelación más de dos veces. Las citas se efectúan por necesidad y esta vez está reservada exclusivamente para usted y sus necesidades dentales.

**CHEQUES DEVUELTOS:** se aplicará un cargo de \$25 cuando si se devuelve un cheque del banco

**TARJETA DE CRÉDITO DENEGADA:** se aplicará un cargo de \$25 cuando se deniegue una tarjeta de crédito cuando el paciente esté en un plan de pago de Información de Seguro Primario:

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_

FDN del suscriptor: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ # ID: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

#### Información de Seguro Secundario:

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_

FDN del suscriptor: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ # ID: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

***Su firma a continuación reconoce que recibió este formulario y que comprende completamente todas nuestras políticas.***

**Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_