

## **South Suburban Dental and Sleep Center**

2320 Walnut Street  
Blue Island, IL 60406

### **Nuestra Política Financiera**

Gracias por elegirnos para sus necesidades dentales. Estamos comprometidos a proporcionarle atención excelente y exitosos arreglos financieros forman parte de resultados de tratamiento exitoso, predecible. Los arreglos financieros exitosos se basan en una discusión abierta y honesta de las opciones de tratamiento recomendadas, respectivos honorarios y capacidad financiera del paciente. Por favor lea y firme la siguiente

### **Pagos**

El pago en su totalidad por su co-pago de seguros estimado es debido entonces su visita, a menos que otros preparativos se hayan hecho con el Administrador Comercial. Por favor esté preparado para pagar. Aceptamos las formas siguientes de pago:

Effectivo, Cheque, Débito, Visa, Master Card, Discover, y American Express

Ofrecemos financiación con Care Credit

Ofrecemos planes de pago mensual a través de deducciones automáticas

### **Aseguradora**

Nuestra oficina está comprometida a ayudar a los pacientes a maximizar sus beneficios. Seguro Dental es muy complejo. Siempre estamos disponibles para intentar responder a sus preguntas. Sin embargo, la póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Como un proveedor dental, no somos parte de ese acuerdo. Su parte de paciente se debe pagar en el momento del servicio. Como un servicio a nuestros pacientes, si trae toda su información de seguro, pasaremos la factura a su compañía de seguros. Si no nos puede proveer de la información de seguros necesaria, pagos en su totalidad se espera y tendrá que jugar al alza su seguro para el reembolso. La calidad del caries de pólizas de seguros enormemente, por lo tanto sólo podemos estimar su cobertura (reportaje) de buena fe, pero no podemos proporcionar ninguna cobertura (reportaje) garantizada debido a las complejidades de los contratos.

### **Menores**

Los pagos por servicios del tratamiento de menores son la responsabilidad del adulto que acompaña al menor.

### **Tarifas de Servicio**

Una vez que una cita se ha hecho, por favor recuerde que este tiempo se ha reservado expresamente para usted. Si llegará tarde o incapaz de asistir a una cita prevista, por favor llámenos. Estaremos encantados de reprogramar su cita. Para evitar cualquier cita perdida o gastos de cancelación, se requieren 24 horas de aviso. Si se le olvida de no notificarnos de antemano, un cargo de \$40.00 citas perdidas se le cargará a su cuenta. Programando una cita para la cirugía (consultorio) oral/periodontal, nuestra oficina tasará unos honorarios para no exceder el 15% de la cantidad prevista si el paciente no proporciona un aviso de cancelación de 24 horas mínimo. Estos honorarios cubren medicinas (drogas) dibujadas (retiradas), materiales y tiempo de ayudantes programado.

### **Regresó y detener el pago de cheques**

Hay un cargo de \$35 por cheques devueltos que usted es el responsable.

### **Honorarios de colección**

Los gastos efectuados para cobrar el pago será facturado a y pagar por el titular de la cuenta del paciente.

### **Consentimiento Financiero.**

El paciente consiente en ser totalmente responsable de pagos totales del tratamiento realizado en esta oficina. Entiendo y estoy de acuerdo con esta política Financiera y Acuerdo. Firma de paciente/parte responsable nombre Impreso de Fecha de la parte responsable / paciente.

### **Firma en el archivo.**

Yo autorizo la entrega de cualquier información relacionada con este cobro o cualquier información sobre el seguro. Yo entiendo que soy responsable de todo tratamiento dental no cubiertos por mi seguro y el incumplimiento de pago puede y reenvío de mi cuenta para colecciones.

---

Paciente/Responsable (por favor mano escrita) Fecha

Yo autorizo el pago directamente a South Suburban Dental and Sleep Center para los beneficios del grupo lo contrario pagaderos a mí.