

ACUERDO FINANCIERO

Gracias por elegirnos para proporcionar su cuidado dental. Lo consideramos un honor de haber sido elegido por usted para hacer así. Nuestra filosofía en la gente que sirve debe ser informativa, honesta y directa. En ninguna parte es que más importante que en el área de finanzas. Este Acuerdo Financiero es indicativo de nuestro respeto por su derecho de saber(conocer) con adelanto lo que nuestras expectativas están en el área de finanzas. Si usted tiene cualquier pregunta o preocupaciones por nuestro Acuerdo Financiero por favor no dude en preguntar a nuestro personal de oficina.

SEGURO DENTAL: Como una cortesía archivaremos de buena gana sus reclamaciones y aceptaremos la asignación del dental las ventajas de seguros a condición de que usted esté de acuerdo con lo siguiente:

- Usted debe proveernos de una tarjeta de seguros y toda la información necesaria para verificar su cobertura(reportaje) y archivar su reclamación.

- Aunque podamos estimar sus ventajas de seguros no somos responsables de su exactitud.

El conocimiento de ventajas así como cantidades de ventaja, limitaciones, exclusiones, esperando períodos, etc. es completamente SU responsabilidad. La recepción de nuestros servicios indica su aceptación de la responsabilidad pagar sin tener en cuenta nuestra estimación.

- Todos los gastos no pagados por su compañía de seguros son su responsabilidad sin tener en cuenta la razón para no pago. No todos los servicios que proporcionamos son cubiertos ventajas. Las ventajas se diferencian de un compañía al otro. Los honorarios de servicios no cubiertos, junto con deductibles y copayments son debido en el momento de tratamiento.

POLÍTICA DE PAGO • Aceptamos dinero efectivo, cheques personales, tarjetas de débito, Crédito de Cuidado, Visa, MasterCard y Discover. •Después de que el seguro dental ha pagado su parte, una declaración(afirmación) es enviada a la dirección postal en el registro, para el equilibrio restante. El pago es esperado 30 días después de la fecha de declaración(afirmación), evitar un precio(carga) tardío de \$5 por mes.

PACIENTES SIN COBERTURA(REPORTAJE) DE SEGUROS: Proporcionamos la estimación escrita de honorarios, y el pago es esperado en cada visita de servicios dados a menos que otros preparativos fueran hechos antes del tratamiento.

PACIENTES MENORES: El padre o el guarda que acompaña al menor son responsables del pago total. En el caso de padres divorciados o separados, el padre que acompaña al niño es responsable del pago, sin cualquier excepción. Esta oficina no intentará coleccionar el pago de un padre que no está presente en la oficina en aquella visita.

CONTROLES(CHEQUES) DEVUELTOS: Un precio(carga) de \$25.00 se aplica cuando un control (cheque) es devuelto por el banco(orilla).

EQUILIBRIO ATRASADO Y COMISIONES DE COBRO: Una cuenta con un equilibrio impagado 90 días pasados será enviada a la agencia de cobros. Si la colección se hace necesaria, la parte responsable consiente en pagar una comisión de cobro del 33.3 % adicional, y todos los honorarios de abogados de la colección, con o sin el pleito(traje), incluso honorarios de abogado y costos del tribunal. Entendemos que los problemas financieros temporales pueden afectar el pago oportuno de su equilibrio. En aquellas situaciones le animamos a comunicar cualquier tal problema inmediatamente entonces podemos asistirle en la dirección de su cuenta.

CITAS ROTAS O PERDIDAS: las Citas no acudidas o cambiadas con aviso de menos de 24 horas se consideran rotas. Su primer ninguna cita de espectáculo o cancelación menos de 24 horas está en nosotros. Cada uno después de que será \$40.00 Reservamos el derecho de terminar el tratamiento profesional de cualquier paciente cuando las citas programadas no son acudidas.

ARCHIVOS Y REEMBOLSOS: los archivos originales incluso radiografías son la propiedad de este oficina. Si usted desea que le proveamos de una copia de su registro o radiografías para unos honorarios de copia nominales.

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN: Autorizo el tratamiento dental, y se comprometo a pagar todo lo relacionado los honorarios profesionales. Los honorarios no cubiertos por mi seguro dental será pagado puntualmente a la notificación de la esta oficina. He leído y entendido este documento en su totalidad, destacando la oficina y financiera políticas. Sin ningún tipo de reservas, me comprometo a cumplir con las políticas descritas en este documento.

Formulario completado por:

Nombre _____ Firma _____
Relación con el Paciente _____ Fecha _____