

## POLIZA FINANCIERA

### Nuestra poliza financiera

Por favor lee y firme lo siguiente:

El pago se debe realizar al momento del servicio. Ofrecemos varias opciones de pago para su conveniencia. Aceptamos efectivo, cheques y tarjetas de débito/crédito visa, master card, discovery, American Express y Care Credit.

### Acuerdo financiero debe estar establecido al comienzo del tratamiento

Estamos comprometidos a ofrecerle excelente tratamiento dental a todos nuestros pacientes. Nuestros honorarios reflejan nuestro compromiso con la maxima calidad que nuestros pacientes merecen y son considerados usuales y comunes Independientemente de la determinación de su seguro.

### Aseguranza

Como un servicio hacia nuestros pacientes, Nosotros mandaremos las facturas a su aseguranza. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguro. Como proveedor de salud nosotros no somos parte de su acuerdo con su compañía de seguro. Las compañías de seguro de salud varían y es posible que su seguro médico no cubra ciertos servicios. Cualquier balance pendiente es su responsabilidad y debe pagarse tan pronto reciba el estado de cuenta de nuestra oficina. Si su compañía de seguro le envía un cheque de pago directamente a usted, en vez de nuestra oficina o recibe dinero a cambio de un servicio proporcionados y pagable a nuestra oficina, es su responsabilidad hacer el pago Exacto a nuestra oficina. Nuestra oficina se compromete a ayudar a nuestros pacientes a maximizar sus beneficios.

### Faltar a las citas

Una de las formas de mantener nuestros honorarios mas económicos es evitando faltar a sus citas. Sin embargo, entendemos que a veces pueda tener que reprogramar su cita debido a una emergencia o enfermedad. Por favor notifiquenos 24-48 horas antes de su cita para evitar un cargo. Esta oficina tiene una norma de cargar un honorario de \$50.00 por faltar a una cita o cancelar con menos de un día de anticipacion para dentologo general. Cita con un especialista requiere 48 horas de notificación para cancelar.

Iniciales \_\_\_\_\_

### Impuesto de servicio

Se le cobrará \$50.00 por cheques devueltos o sin fondos. Si usted tiene un pago o un balance debido y no paga dentro de los 30 días de aviso habrá un recargo de \$50.00 que se sumara al saldo. Honorarios incurridos para cobrar pagos seran facturados al paciente o adulto responsable de la cuenta.

**AL FIRMAR ESTE DOCUMENTO, ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO CON LA POLIZA FINANCIERA.**

---

Firma del paciente

---

Fecha