

Política financiera de la oficina

REQUERIMOS AVISO DE CANCELACIONES 24 HRS DE ANTICIPACIÓN.

UN CARGO DE \$50 SE COBRA PARA PACIENTES QUE PIERDEN O CANCELAN UNA CITA EL MISMO DÍA.

(Si usted pierde su cita o llegas tarde repetidamente puede ser descargado de la práctica).

Los que no tienen seguro dental : Pago es debido al tiempo de servicio. Por favor, indique su opción de pago:

efectivo tarjeta de crédito/ATM

***Nota: Los cheques personales no serán aceptados. Gracias.**

Personas con seguro dental: Por favor, recuerde que su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. De cortesía, facturamos tu seguro y te ayudamos recibir el máximo beneficio permisible bajo su póliza. Es su responsabilidad proporcionar toda información de elegibilidad, identificación, autorización y remisión seguro necesaria y notificar a nuestra oficina de cualquier cambio de información cuando se produzcan. Recuerde, incluso una autorización previa de servicios no garantiza pago de su seguro. **Es la responsabilidad de cada paciente para saber si nuestra oficina toma parte de su plan de seguro.** Falta de proporcionar toda la información necesaria puede requerir pago del paciente para todos los cargos. Cuando seguro esta implicado, estamos contractualmente obligados a cobrar copagos, coseguros y deducibles, señalados por su compañía de seguros. Su compañía de seguros ofrecerá la parte estimado que van a pagar. Esto varía para cada individuo; generalmente 20-80% del costo del procedimiento es necesario en el momento del servicio.

Tenga en mente las compañías de seguros regularmente indican que la verificación de su cobertura no es una garantía su pago.

* Si su compañía de seguros paga **menos** de la cantidad estimada, usted recibirá una declaración de esta oficina. **Si pago no es recibido dentro de 90 días de la primera declaración, su cuenta pasará a colecciones.**

Nota: Si su compañía de seguros no reembolsará a nosotros después de las 2 presentaciones, usted será responsable por el resto del saldo ya que no hemos podido recoger de ellos.

Puntualidad de las citas

Por favor, llegue puntualmente a su cita; Hemos reservado esta cita para usted. Si esta retrasado más de 10 minutos para su cita programada, hay posibilidad de que su cita puede necesitar ser reprogramado.

- **LA MAYORIA DE LOS PLANES DE SEGURO NO CUBREN EL ÓXIDO NITROSO (AIRE DULCE). SI SU PLAN NO CUBRE, SERÁ \$50.**

Yo declaro que he leído, entiendo y estoy de acuerdo con toda la información declarada anteriormente.

NOMBRE DE PACIENTE: *(impresión)* _____

Firma De Paciente o Suscriptores: _____ Fecha: _____

(Padre o tutor firma si el paciente es menor de 18 años de edad).

****¿Ha habido cambios en la salud del paciente o en su seguro desde la última cita dental?**

Sí o No Si algo he cambiado, nos tendrá que llenar el formulario de historial médico.

Fecha: _____ Firma del padre/tutor _____