



**ASSOCIATES FOR
DENTAL CARE**

Política Financiera

Gracias por elegir nuestro consultorio como su proveedor de atención odontológica. Estamos comprometidos a brindarle atención dental de la más alta calidad, para que pueda lograr una salud bucal óptima.

La siguiente es una declaración de nuestra Política Financiera, la cual requerimos que usted lea, acepte poner sus iniciales en cada sección y firme antes de cualquier tratamiento.

_____ EL PAGO ES DEBIDO EN EL MOMENTO DEL SERVICIO

Aceptamos efectivo, cheques personales, Mastercard, Discover, American Express y Visa. Cuando se aplique el seguro, cobraremos cualquier copago deducible y estimado en este momento.

_____ SEGURO

- Como cortesía para usted, lo ayudaremos a procesar todos sus reclamos de seguro dental. Por favor, comprenda que le proporcionaremos un presupuesto de seguro; sin embargo, no es una garantía de que su seguro pagará exactamente como se estima. La cobertura del seguro está sujeta a limitaciones, exclusiones, períodos de espera, frecuencia, restricciones de edad, deducibles y máximos que son su responsabilidad. Comuníquese con su compañía de seguros para obtener detalles de sus beneficios. Los beneficios de su compañía de seguros y su plan finalmente determinan el monto pagado. Haremos todo lo posible para garantizar que su estimación sea lo más precisa posible. Su beneficio de seguro estimado puede diferir debido a una serie de razones, específicamente relacionadas con su plan.
- Todos los cargos en los que incurre son su responsabilidad, independientemente de su cobertura de seguro. Debemos enfatizar que, como su proveedor de atención dental, nuestra relación es con usted, nuestro paciente, no con su compañía de seguros. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Nuestra oficina no es parte de ese contrato. Usted es responsable del pago independientemente de la determinación arbitraria de las tarifas usuales y habituales de cualquier compañía de seguros.
- Le pedimos que firme este formulario y / o cualquier otro documento necesario que pueda requerir su compañía de seguros. Este formulario le indica a su compañía de seguros que realice el pago directamente a nuestra oficina. Y autoriza la divulgación de cualquier información relacionada con usted (o de su hijo) el asesoramiento y tratamiento de atención médica proporcionado con el propósito de evaluar y administrar reclamos por beneficios de seguro.
- Los pagos del seguro se reciben normalmente dentro de los 30-60 días desde el momento de presentar un reclamo. Si no se recibe el pago o se niega su reclamo, usted será responsable de pagar el monto total en ese momento.

- Cooperaremos plenamente con las regulaciones y solicitudes de su compañía de seguros que pueden ayudar en el reclamo que se paga.
- No facturamos al seguro médico por los servicios prestados en nuestra clínica.

_____ **FACTURACIÓN MENSUAL**

Aunque se ha presentado un reclamo de seguro, puede recibir un estado de cuenta cada mes si hay un saldo adeudado en su cuenta, ya que usted, no la compañía de seguros, son responsables del pago de su cuenta.

_____ **TARIFAS DE RECOGIDA**

Los cargos incurridos para hacer cumplir el pago requerido por este acuerdo se le cobrarán al paciente cuya falta de pago requirió que se incurrieran estos cargos.

_____ **MENORES**

Menores acompañados por su padre o tutor legal: el padre o tutor legal que acompaña a un menor, que ha consentido el tratamiento, son responsables del pago completo al momento del servicio. Menores no acompañados: El padre o tutor legal es responsable del pago completo al momento del servicio. Los consentimientos de tratamiento y los acuerdos de pago con el padre o tutor legal deben hacerse antes de la cita o se puede denegar el tratamiento que no sea de emergencia.

_____ **CITAS PERDIDAS Y CANCELACIONES**

Para proporcionar los mejores servicios a nuestros pacientes, requerimos un aviso de al menos 48 horas para cancelaciones o para reprogramar sus citas. Entendemos que pueden surgir circunstancias imprevistas, que pueden resultar en la cancelación o falta de su cita. Se cobrará una tarifa \$ 50 por hora de tiempo programado por falta y aviso corto (menos de 48 horas). Múltiples citas fallidas pueden resultar en ser despedidas de la práctica dental.

_____ **CONSENTIR**

He leído, entiendo y acepto los términos y condiciones anteriores. Autorizo a mi compañía de seguros a pagar mis beneficios dentales directamente a mi consultorio dental. Entiendo que la responsabilidad del pago de los servicios dentales proporcionados en esta oficina para mí o mis dependientes es mía, debida y pagadera en el momento en que se prestan los servicios.

_____ **COMUNICACIÓN**

Al firmar a continuación, nos autoriza a llamarlo a cualquier número que proporcione, incluidas las llamadas a dispositivos móviles / celulares o similares para cualquier propósito legal. Usted acepta cualquier tarifa o cargo en el que pueda incurrir por una llamada entrante de nuestra parte, y / o llamadas salientes a nosotros, a o desde dicho número, sin reembolso de nuestra parte. Nosotros o nuestros agentes podemos llamar por teléfono con respecto a su cuenta. Usted acepta que podemos realizar tales llamadas utilizando un dispositivo de marcación / anuncio automático. Usted acepta que podemos hacer tales llamadas a un teléfono móvil u otro dispositivo similar. Usted acepta que podemos, con fines de capacitación o para evaluar la calidad de nuestro servicio, escuchar y grabar conversaciones telefónicas que tenga con nosotros.

Firma _____ Fecha _____