

OFICINA Y POLITICA FINANCIERA(Actualizadas 1/08)

1. PAGO PARA EL TRATAMIENTO se espera el día del servicio. Aceptamos VISA, MASTERCARD, AMERICAN EXPRESS, DISCOVER, CARE CREDIT, EFECTIVO O CHEQUES. Hay un cargo de \$25.00 para todos los cheques devueltos.
2. PACIENTES CON COBERTURA DE SEGURO: El co-pago (porción no cubierta por su seguro) será colectado a la hora del servicio.
 - A. La porción cotizada para el pago de el seguro es una estimación, no una Garantía. No sabemos que cantidad exacta pagara el seguro hasta que se reciba el pago. Cualquier porción NO PAGADA por la aseguranza sera la responsabilidad del paciente.
 - B. CORTESIA PROFESIONAL de el 5% se ofrece en todos los cargos sobre \$500.00 que sea pagado por complete por efectivo o cheque en el día de servicio. Esta cortesía no se aplica a los pacientes que reciben cualquier tipo de descuento incorporado con la cobertura de seguro, es decir Delt Dental, Medicaid, etc., pagos con tarjeta de crédito, o pagos con tarjeta de débito. (Si or cualquier razón se devuelve un cheque, el descuento del 5% llega a ser nulo y el pago complete se necesitara inmediatamente.)
3. LOS CARGOS COTIZADOS en planes del tratamiento son validos por 60 días.
4. Un padre o guardian DEBE acompañar a TODOS LOS PACIENTES MENORES DE 18 ANOS que sea responsable del pago.
5. LAS CUENTAS ATRASADAS DE TREINTA DIAS seran entregadas a nuestro abogado o agencia de coleccion. El partido responsable es obligado a pagar todos los costos contraídos en los cargos del proceso de la coleccion, incluyendo, pero no limitados del abogado, los costos de corte, y cualquier otro costo de coleccion.
6. REQUIEREN A TODOS LOS PACIENTES dar un aviso de 72 horas (días laborales) de la cancelación para evitar un cargo de \$25.00 por media hora. Dos citas perdidas pueden requerir a un paciente encontrar otra oficina dental para el tratamiento. Esta decisión esta en la discreción de nuestra oficina.
7. UN RECORDATORIO DE LA CORTESIA de su cita sera proporcionado por adelantado. Si no hablamos con usted directamente por favor llame a nuestra oficina para confirmar su cita. Si su cita no se confirma 24 horas por adelantado, su cita puede ser reasignada.
8. LAS LLEGADAS CON RETRASO de 15 minutos o mas pueden tener una espera adicional, tienen una visita abreviada, o se pedira cambiar la hora.
9. DECRETOS DEL DIVORCIO: Esta oficina no es un partido a su decreto del divorcio. Los pacientes adultos son responsables de su cuenta a la hora de servicio. La responsabilidad de menores de edad se reclinará con el adulto de acompañamiento.
10. PACIENTES MENORES DE EDAD: El adulto que acompaña a un menor de edad y los padres o guardian del menor de edad son responsables del pago complete. Para los menores de edad solos, el tratamiento de no-emergencia sera negado a menos que las cargas hayan autorizado a un plan aprobado del crédito, Visa/MC, Amex, o el pago por efectivo o cheque a la hora del servicio sea verificado.
11. PLANES DE PPO: Hemos acordado aceptar la tarifa descontada de su plan; sin embargo, todo lo que su aseguranza no hayga cubierto es su responsabilidad. Estimaremos balances al mayor de nuestra capacidad.

Estoy de acuerdo y entiendo los terminus dispuestos arriba, y acuerdo pagar todos los servicios hechos de acuerdo con los terminus dichos.

Firma: _____ Fecha: _____.

Testigo: _____ Fecha: _____.