

ACUERDO DE NUESTRA POLITICA FINANCIERA

NOMBRE DEL PACIENTE(s): _____

Gracias por escoger a Precisión Dental como su proveedor dental. Su claro entendimiento de nuestra política financiera es importante para nuestra relación profesional. Por favor no dude en preguntarnos si tiene alguna duda sobre nuestros precios, nuestra política y/o su porción financiera.

ASEGURANZA _____ No aceptamos planes de HMO.

Como una cortesía, nosotros podemos facturarle a su Aseguradora dental por sus servicios. Tenga en cuenta que cuando nosotros llamamos para verificar sus beneficios, esto no es una garantía de pago por parte de la aseguradora y puede variar de acuerdo con su plan, una vez que reciben la factura.

Nuestra oficina solo le puede dar un **ESTIMADO** de lo que su aseguradora puede pagar y no es una garantía. Si necesita un precio exacto, podemos enviar una predeterminación a su aseguradora, si usted lo pide. **(Esto tarde 6-8 semanas)**

Por favor comprenda que su póliza es un contrato entre usted, su empleador y su compañía aseguradora, Precisión Dental no es parte de ese contrato. Si su aseguradora no paga dentro de los 120 días posteriores al día de servicio, usted es responsable del saldo. Recuerde también que las pólizas de seguro no están diseñadas para cubrir sus necesidades dentales.

- Estoy de acuerdo con que Precisión Dental envíe mi factura a la aseguradora de mi parte y acepto completa responsabilidad por los servicios realizados en mi persona y mi familia en esta oficina.
- Entiendo que es mi responsabilidad estar informado sobre que tipo de plan tengo con mi aseguradora y no es la responsabilidad de Precisión Dental.
- Entiendo que Precisión Dental no me puede garantizar que mi aseguradora pague por todos los servicios y que solo me pueden dar un estimado.
- Entiendo que, si mi aseguradora no paga dentro de los 120 días posteriores al día de servicio, el balance se convierte en mi responsabilidad.

POLITICA DE PAGO _____

Usted es responsable por el pago total de sus servicios el día que los recibe. Si necesita asistencia con gusto le podemos ofrecer un plan de pago, que se cobra automáticamente a una tarjeta de débito o crédito.

Si su tarjeta es rechazada se le cobrará un cargo por NSF de \$35

Precisión Dental requiere de un pago inicial del 50% para todos los tratamientos que involucran cargos del laboratorio, antes de hacerle la cita.

Todo el tratamiento debe pagarse por completo antes de la inserción final.

Si la cuenta no se paga por completo dentro de 90 días posteriores al envío del primer estado de cuenta, se transfiere a una agencia de colecciones.

Nosotros entendemos que usted es una persona muy ocupada y puede olvidarse de su estado de cuenta, por eso como cortesía el enviamos varios estados de cuenta por correo, mensajes de texto y le hablamos para recordarle. Sin embargo, es su responsabilidad actualizar su dirección y teléfono si estos cambian.

CITAS PERDIDAS, CANCELACIONES Y NO PRESENTARCE _____

Nosotros entendemos que surgen emergencias o circunstancias inevitables que pueden requerir que cancele su cita. Por favor comprenda que cuando usted hace una cita, nosotros reservamos ese tiempo especialmente para usted.

Ayúdenos a brindarle un mejor servicio al cumplir con sus citas. Si no recibimos un aviso de cancelación al menos 48 horas antes de su cita, se hará un cargo de \$100 por hora que se reservó para usted.

AUTORIZACION

Autorizo y doy mi consentimiento a Precisión Dental de diagnosticar y realizar los servicios necesarios para darme el cuidado dental adecuado. Entiendo que soy responsable por los saldos financieros resultantes del servicio recibido. Mi firma indica que he leído y entiendo la Política Financiera de Precisión Dental.

Firma del paciente o guardián: _____ Fecha: _____