

POLITICA FINANCIERA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____

En Precisión Dental, estamos comprometidos a brindarle un cuidado excelente y le agradecemos su preferencia por nuestra oficina. Le damos la bienvenida a nuestra oficina, y estamos encantados de poder discutir nuestros honorarios profesionales con usted en cualquier momento. La clara comprensión de nuestra política financiera es importante para nosotros profesionalmente. Por favor, pregunte si tiene alguna duda sobre nuestros honorarios, nuestra Política Financiera, o su responsabilidad.

SEGURO: Toda la información de su seguro debe ser registrada en la cita inicial y actualizada conforme sea necesario. Precisión Dental ofrece el servicio de facturación a la Compañía Aseguradora como una cortesía para nuestros pacientes. Por favor, comprenda que su póliza es un contrato entre usted y su Seguro, Precisión Dental no es parte de ese contrato. Nosotros podemos ayudar a obtener la lista de beneficios de su Seguro, y darle un estimado de lo que cubre, si usted lo solicita. Los tratamientos rutinarios, generalmente se realizan sin pedir un estimado pero, para un tratamiento especial, la porción del paciente se estima y debe pagarse en el momento del servicio, o el paciente puede firmar una autorización para cobro con tarjeta de crédito, que se cobrará de su tarjeta DESPUÉS de que el Seguro haya pagado. Las formas que nosotros enviamos a su Seguro, indican que usted ha asignado los beneficios de su Seguro a Precisión Dental, sin embargo, si el Seguro le paga a usted directamente en lugar de a Precisión Dental, usted se convierte en la persona responsable por pagar el saldo total de su cuenta de inmediato. El paciente es responsable de administrar la cantidad restante de sus beneficios durante el periodo anual y no debe depender de la información proporcionada por el personal de Precisión Dental con respecto a sus beneficios restantes. Usted como paciente siempre es responsable por el pago en el momento del servicio y al momento de recibir la factura por cualquier cantidad no cubierta por su seguro. Si su compañía de seguros niega cualquier parte de su reclamo, o si decide continuar con los servicios más allá de su período aprobado, usted será responsable por el saldo de su cuenta en su totalidad. Si la compañía de seguros no paga dentro de 60 días, el saldo total se transferirá automáticamente a usted. Por la presente autorizo el pago de beneficios de seguro directamente al dentista o grupo dental, de otro modo pagare yo mismo. Entiendo que mi compañía de seguro dental, pueden pagar menos que lo facturado. Entiendo que soy financieramente responsable de pagar en su totalidad todas las cuentas. Iniciales _____ Fecha _____

POLÍTICA DE PAGO: El paciente es responsable por el pago total adeudado en el momento del servicio, así como al momento de recibir una factura por el saldo de los servicios prestados. Ofrecemos facilidades de pago, que se pueden hacer en el área de Recepción donde se requiere la autorización de una tarjeta de crédito para cobrar los servicios. Para los pacientes que no tienen seguro dental, se requiere un pago inicial para hacer cualquier cita. Todos los procedimientos que involucren trabajo en el laboratorio, requieren de un 50% de pago inicial, el saldo restante del 50% se debe pagar antes de finalizar el tratamiento. Si usted está teniendo un tratamiento extenso durante un largo período de tiempo, solicitamos pagos durante el curso del tratamiento. Los padres que no acompañen a sus hijos a una cita deben hacer arreglos previos para el pago (efectivo, cheque o tarjeta de crédito). Precisión Dental agrega un cargo financiero de 1.5% mensual (18% anual) en todas las cuentas en mora más de 45 días a partir de la fecha de facturación. Además, todos los pagos devueltos debido a la falta de fondos estarán sujetos a un cargo de \$ 35.00. Entiendo que si mi cuenta no se paga a tiempo, será enviada a la agencia de colecciones, y seré responsable de todos los costos generados. Además, si la cuenta de un paciente se envía a colecciones, Precisión Dental no proporciona ningún tratamiento hasta que la cuenta se pague. La falta de pago a tiempo puede poner en riesgo el acceso del paciente a la atención dental. Si mi cuenta se pasa de 90 días de pago, la cuenta puede ser entregada a nuestra agencia de colecciones. Estoy de acuerdo en ser responsable de todos los costos del proceso de recolección, así como mi porción de los servicios dentales proporcionados. Iniciales: _____ Fecha _____

CITAS PERDIDAS, CANCELADAS Y POLITICA DE NO ATENDER: Cuando usted hace una cita, nosotros reservamos ese tiempo para usted. Entendemos que emergencias o circunstancias inevitables surgen, y pueden requerir que usted cancele su cita. Si no recibimos el aviso de su cancelación con 48 horas de anticipación, nuestra política indica que se le cobrará \$50 por cada cita perdida. Si usted no puede asistir a su cita, por favor notifique con anticipación, para que nosotros podamos acomodar a nuestros otros pacientes. También puede reprogramar su cita en ese momento. Por favor ayúdenos a prestarle un mejor servicio, por medio de respetar sus citas y atender a ellas.

Nuestra política de citas es la siguiente: se requiere un aviso de 48 horas, o habrá un cargo de \$ 50 por el tiempo que se apartó para usted. La primera vez que no se presente, usted recibirá una llamada por teléfono para recordarle la cita perdida, el cargo por cancelación, y para reprogramar su cita. La segunda vez que no se presente, se le cobrará la tarifa de cancelación de \$ 50, y se pedirá que pague por anticipado con tarjeta de crédito cualquiera cita posterior. La tercera vez que no se presente, quedará a criterio del dentista si se le envía una carta de separación entre usted y nuestra práctica, y se le dará 30 días para que se transfiera a un dentista nuevo. Iniciales: _____ Fecha: _____

AUTORIZACION Y CONSENTIMIENTO DE LAS POLITICAS. Yo autorizo y doy mi consentimiento para que Precisión Dental pueda diagnosticar y realizar el tratamiento que sea necesario para el cuidado dental apropiado. Entiendo que se me informará si hay necesidad de un cambio de tratamiento y estoy de acuerdo en ser responsable del trabajo completado. Autorizo a Precisión Dental para enviar reclamaciones (en mi nombre) al Seguro y divulgar información de salud en la medida necesaria para el propósito de evaluar y administrar las solicitudes presentadas al Seguro. Además, asigno los beneficios pagados por el seguro directamente a Precisión Dental. HE LEÍDO Y ENTIENDO EL SEGURO, LA POLITICA DE PAGO, Y LA POLÍTICA DE CITAS. Entiendo y acepto la responsabilidad de cooperar con estas políticas. Mi firma indica que he revisado una copia del Consentimiento Dental, la Política Financiera y la Política de Citas. Al firmar esta declaración, revoco todos los acuerdos anteriores y estoy de acuerdo en ser responsable por pagar por los servicios no remunerados, en su totalidad o parcialidad por mi Seguro Dental.

Firma del Paciente o Persona Responsable _____

Relación con el Paciente: (Misma, Padre o Guardián) _____ **Fecha** _____