

ACUERDO FINANCIERO

Este acuerdo financiero sirve para darle a conocer de antemano cuáles son nuestras expectativas en el área de las finanzas. Si usted tiene alguna pregunta o inquietud acerca de nuestro Acuerdo Financiero, por favor no dude en preguntar en la recepción para aclararle todas sus dudas.

PACIENTES CON ASEGURANZA DENTAL:

- Debe proporcionar una tarjeta de seguro dental y toda la información necesaria para verificar su cobertura y presentar su reclamo.
- Su póliza de seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros. Nosotros no somos parte en ese contrato. Nuestra relación es con usted y no a su compañía de seguros.
- Usted es responsable por los precios de esta oficina y no lo que su compañía de seguros permite o considera "usual, acostumbrado y razonable", los cuales varían de una compañía a otra.
- Aunque es posible estimar sus beneficios de seguro, no somos responsables por la exactitud del estimado. Conocimiento de los beneficios, así como los montos de beneficios, limitaciones, exclusiones, períodos de espera, etc. es totalmente su responsabilidad. Recibir nuestros servicios implica la aceptación de la responsabilidad de pagar a pesar de cualquier discrepancia en el estimado.
- Todos los cargos no cubiertos por su compañía de seguros son su responsabilidad sin importar la razón por la cual no fueron pagados. No todos los servicios que ofrecemos son beneficios cubiertos. Los beneficios varían de una compañía a otra. Honorarios por servicios no cubiertos, junto con los deducibles y copagos deben ser pagados en el momento del tratamiento.

PACIENTES SIN ASEGURANZA DENTAL: Le daremos un presupuesto por escrito de los honorarios por los servicios necesarios y el pago se espera en cada visita por los servicios prestados.

PÓLIZA DE PAGO

- Aceptamos efectivo, cheques personales, tarjetas de débito, Care Credit, y las principales tarjetas de crédito.
- Si su seguro no ha pagado o denegado su solicitud dentro de 45 días, será su responsabilidad pagar el saldo total inmediatamente.

CHEQUES DEVUELTOS: Un cargo de \$ 50.00 se aplica cuando el banco devuelve un cheque.

FINANCIAMIENTO DE TERCEROS: Si un tercero se utiliza para financiar el tratamiento dental (por ejemplo, Care Credit), tiene 15 días para cancelar su tratamiento y recibir un reembolso completo. Peticiones de cancelación recibidas después de 15 días están sujetos a una tarifa de 15% sobre el importe financiado.

Peticiones de cancelación recibidas después de que el tratamiento se ha iniciado serán reembolsadas en su totalidad menos la tarifa / precio de los servicios prestados, siempre y cuando estén dentro de los 15 días.

Iniciales _____

Peticiones de cancelación recibidas después de 15 días y después de que se haya comenzado el tratamiento se procesarán en el monto financiado menos la penalización de 15%, menos la tarifa / precio de los servicios prestados.

SALDOS ATRAZADOS: Una cuenta con un saldo pendiente que exceda 60 días se enviará a una agencia de colecciones. En ese momento, usted será responsable de todos los costos incurridos en el cobro de su deuda a partir de la última fecha de servicio, tales como honorarios de abogados, procesos judiciales y otros cargos asociados con el cobro de su deuda.

GASTOS DE FINANCIAMIENTO Y HONORARIOS DE COLECCIÓN: Los gastos financieros se aplicarán a todos los saldos no pagados dentro de los 60 días de la fecha de facturación. Un cargo por mora del 1.5% sobre el saldo insoluto y adeudado se aplicará cada mes hasta que se pague la cuenta en su totalidad.

CITAS PERDIDAS: Para reprogramar o cancelar una cita, usted debe notificarnos con veinticuatro (24) horas de anticipación para evitar cargos por cita perdida de \$50. Nos reservamos el derecho de suspender el tratamiento de cualquier paciente cuando no se mantienen las citas programadas.

REGISTROS DENTALES: Los registros dentales, como las radiografías, son propiedad de esta oficina. Si usted desea que se le proporcione una copia de su registro dental o radiografías lo haremos con gusto por un precio nominal de duplicación de \$10.

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN: Autorizo el tratamiento dental en mi persona / menor y me comprometo a pagar todos los honorarios relacionados con los servicios prestados. Los servicios y tratamientos no cubiertos o pagados por mi seguro dental se pagarán inmediatamente después que la oficina me lo notifique. He leído y entendido este documento en su totalidad, el cual describe las pólizas generales de la oficina y las pólizas financieras de Fusion Children's Dentistry & Orthodontics. Sin ninguna reserva, me comprometo a cumplir con las pólizas descritas en este documento.

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____