



ACUERDO DE FINANCIACIÓN Y CONDICIONES DE NUESTRA OFICINA

Indemnidad y Seguros de PPO

Le recomendamos familiarizarse con sus beneficios de seguros. Como una cortesía a nuestros pacientes valorados, nuestra oficina archivara directamente la INDEMNIDAD Y SEGUROS PPO para cualquier tratamiento. Sin embargo pedimos a nuestros pacientes a prepararse para el pago a sus servicios básicos y principales, incluidos los empastes, coronas y extracciones en el momento de ofrecer estos servicios. Somos especialistas en pediatría, y nuestra oficina se compromete a proporcionar el mejor tratamiento para nuestros pacientes. Cobramos de nuestra lista de tarifas propias, que se basan lo que es uso y costumbre de especialistas en nuestra área. Su co-pago se basará en estas tarifas. Al tiempo que su compañía de seguro envíe el pago de la reclamación, le devolveremos cualquier sobre pago a usted o le mandaremos una factura por el saldo restante en su cuenta. Nuestra oficina hará todo lo posible para cobrar el pago a su compañía de seguro. **En el raro caso de que su compañía de seguro no pague dentro de 60 días, los padres del paciente o el tutor será el responsable por el saldo restante completo.**

Plan de Tarifas de Descuento

Planes de descuento, como CompBenefits y ciertos planes de Cigna son los planes dentales que permiten a los pacientes, a recibir servicios dentales a precios de descuento. De acuerdo con los pagos de su contrato se requiere pago completo en el momento en que el servicio sea terminado.

Tipo de Pagos Aceptados

Dinero en efectivo, cheques y tarjetas de crédito (Visa, MasterCard, Care Credit, Discover y American Express).

Cheques Devueltos Por su Banco

Hay un recargo de \$50.00 para cheques devueltos. Una vez que haya un cheque devuelto a nuestra oficina ya no podremos aceptar cheques personales.

Citas y Cancelaciones

Porque valoramos el tiempo que pasamos con nuestros pacientes las citas que se realizan están reservados exclusivamente para usted y su médico. Por favor considerar nuestra oficina para llenar la cita reservada, si necesita cancelar. Por favor considerar por lo menos 24 horas de anticipación para la cancelación. Cualquier aviso en menos de 24 horas serán sometidos a \$25 de recargos por la cita cancelada sin ninguna notificación.

Colecciones

En caso de que tenga cualquier saldo pendiente en mi cuenta, me comprometo a pagar por los servicios rendidos a la notificación de un representante de esta oficina. Yo entiendo que si mi cuenta sigue pendiente de pago por mí durante un periodo de 30 días, podría ser objeto de contratación externa de colecciones. Yo estoy de acuerdo en pagar por todos los costos incurridos incluyendo las iniciales saldos, más tarifas de recolección, costas judiciales, honorarios de abogados, y los intereses al 1/5% por mes (18% anual)

MI FIRMA ABAJO INDICA QUE ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE DE TODOS LOS CARGOS INCURRIDOS EN ESTA OFICINA.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma del Padre o Tutor: _____ Fecha: _____