



Nombre del paciente / tutor: _____

Dependientes: _____

Tratamiento del paciente y política financiera

Gracias por elegir nuestro consultorio como su proveedor de atención médica dental. Estamos comprometidos brindándole atención dental de la más alta calidad y su óptima salud bucal.

La siguiente es una declaración de nuestra Política financiera. Requerimos que lea, acepte y firme antes de cualquier tratamiento.

Tenga en cuenta : El pago debe realizarse en el momento en que se proporciona el servicio. Nuestra oficina acepta efectivo, cheques personales, MasterCard, Visa, Discover, American Express y CareCredit. Se aplicarán tarifas adicionales por cheque devuelto. Todos los saldos de cuenta de más de 90 días están sujetos a un recargo por mora de \$ 35.00.

Si tiene seguro:

- Como cortesía para con usted, lo ayudaremos a procesar todas sus reclamaciones de seguro dental. Proveen un presupuesto de seguro para usted. Por favor, comprenda que no es una garantía de que su seguro pague exactamente como se estima. La cobertura del seguro está sujeta a limitaciones, exclusiones, espera períodos, frecuencia, restricciones de edad, deducibles y máximos que son de su responsabilidad.
- Todos los cargos en los que incurra son su responsabilidad, independientemente de la cobertura de su seguro. Nuestra práctica se compromete a brindar el mejor tratamiento a nuestros pacientes y cobramos lo habitual y habitual en nuestra zona.
- Le pedimos que firme este formulario y / o cualquier otro documento necesario que pueda ser requerido por su compañía de seguros. Este formulario le indica a su compañía de seguros que realice el pago directamente a nuestra oficina. Autoriza la divulgación de cualquier información relacionada con su (o el de sus dependientes) asesoramiento y tratamiento de atención médica proporcionados con el fin de evaluar y administrar reclamaciones para los beneficios del seguro.
- Deducible, copago y coseguro, que es la cantidad estimada que no cubre su compañía de seguros, vence en el momento en que le proporcionamos el (los) servicio(s).
- Los pagos del seguro normalmente se reciben dentro de los 45 a 60 días desde el momento de presentar un reclamo. Si su compañía de seguros no ha realizado el pago dentro de los 60 días, le pediremos que se comunique con su compañía de seguros para asegurarse de que se espera el pago.
- Si no se recibe el pago o se rechaza su reclamo, usted será responsable de pagar la totalidad cantidad en ese momento.
- Cooperaremos plenamente con las regulaciones y solicitudes de su compañía de seguros que puedan ayudar en el pago de la reclamación. Sin embargo, nuestra oficina no entrará en disputa con su compañía de seguros sobre cualquier reclamo.

Menores acompañados por el padre o tutor legal : El padre o tutor legal que acompaña a un menor, que ha dado su consentimiento para el tratamiento, es responsable del pago completo en el momento del servicio.

Menores no acompañados: el padre o tutor legal es responsable del pago completo al momento del servicio. Los consentimientos para el tratamiento y los arreglos de pago con el padre o tutor legal deben hacerse antes de la cita o se puede negar el tratamiento que no sea de emergencia.

Citas perdidas y cancelaciones:

Nuestro objetivo es brindar tratamiento de manera oportuna con tan pocas visitas como sea necesario. Con el fin de proporcionar la mejores servicios para nuestros pacientes, requerimos al menos un aviso de 24 horas para cancelaciones o para reprogramar sus citas. Entendemos que pueden surgir circunstancias imprevistas, que pueden resultar en cancelar o faltar a su cita. Se puede imponer un cargo por múltiples citas perdidas, con poca antelación o canceladas. Varias citas infructuosas pueden resultar en ser rechazado de la práctica del dentista.

Consentimiento:

He leído, entiendo y acepto los términos y condiciones anteriores. Autorizo a mi compañía de seguros pagar mis beneficios dentales directamente a mi consultorio dental. Entiendo la responsabilidad del pago de los servicios dentales. Los servicios prestados en esta oficina para mí o mis dependientes son míos, adeudados y pagados en el momento en que los servicios son prestados.

Comunicaciones con usted:

Para mejorar la atención y la experiencia de los pacientes con nosotros, podemos comunicarnos después de su visita para solicitar comentarios sobre su experiencia por llamada telefónica, mensaje de texto SMS, correo electrónico, correo de voz o aplicación móvil, algunos de los cuales pueden ser a través de medios automatizados. También podemos escuchar y grabar conversaciones telefónicas con nosotros con fines de capacitación o para evaluar la calidad de nuestro servicio. Al firmar a continuación, comprende y acepta ser contactado de esta manera con comunicaciones relacionadas a esta visita y a futuras visitas. En el futuro, puede optar por no recibir mensajes de texto notificándonos por escrito (incluida la respuesta por mensaje de texto). Los cargos por minutos telefónicos y mensajes de texto estándar pueden aplicar si nos contactamos con usted.

Firma del paciente / tutor: _____ **Fecha:** _____