Nuestra Política Financiera

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención dental. Estamos comprometidos a que su tratamiento sea exitoso. Por favor, comprenda que el pago de su factura se considera parte de su tratamiento. La siguiente es una declaración de nuestra Política Financiera que requerimos que usted lea y acepte firmar antes de cualquier tratamiento.

- Todos los pacientes deben completar nuestro "Formulario de Registración del Paciente" así como el "Formulario de Historial Medico" antes de ver al médico.
- El pago completo vence el día del servicio.
- Aceptamos efectivo, Visa, Master Card, American Express, Apple Pay.

En cuanto a los seguros

Podemos aceptar la cesión de beneficios de seguro, sin embargo, el 20-50% de la factura debe pagarse el día del servicio. El saldo es su responsabilidad, ya sea que su compañía de seguros pague o no. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No somos parte de ese contrato. Si su compañía de seguros no ha pagado su cuenta en su totalidad dentro de los 60 días, el saldo de su cuenta será pagadero. Tenga en cuenta que algunos y quizás todos los servicios proporcionados pueden ser servicios "no cubiertos" y no se consideran razonables y necesarios según su seguro.

Independientemente de la determinación de la compañía de seguros de las tarifas usuales y habituales o el monto de la cesión, usted debe pagar el monto total cobrado.

Citas perdidas

A menos que se cancele con al menos 24 horas de anticipación, nuestra política es cobrar por las citas perdidas a la tarifa de una visita normal. Por favor, ayúdenos a servirle mejor manteniendo las citas programadas. Gracias por entender nuestra Política Financiera. Uno de nuestros objetivos es reducir el costo de facturación y, por lo tanto, mantener los costos de nuestros servicios lo más bajos posible para todos los pacientes. Háganos saber si tiene alguna pregunta o inquietud.

He leído, entiendo y acepto la Política Financiera anterior

Nombre del paciente o responsable: _____

Firma: _____

Fecha: _____