



POLITICA FINANCIERA

Queremos agradecerle por escoger nuestra oficina para sus servicios dentales. Por favor tome su tiempo para leer, por favor inicia cada espacio y firme al final de la hoja.

_____ El pago completo es requerido al momento de los servicios, a menos que otros acuerdos hayan sido hechos antes de empezar el tratamiento.

_____ Los balances de su seguro medico, en ultima instancia son obligacion de los padres y/o encargados. Nosotros presentaremos a la mayoría de los seguros medicos sin ningun costo para usted como **cortesia** a nuestros pacientes. No obstante, los balances medicos no son pagados hasta un plazo de 60 dias, nosotros le podemos cobrar a usted, por favor mantenga sus recibos y de seguimiento con su compania de seguros para asegurar prontitud en el pago.

_____ Algunos de los tratamientos no estan cubiertos por su compania de seguros. El costo de estos cargos seran su responsabilidad.

_____ Servicios mayores podran requerir depositos del mismo o la mitad del valor del estimado de la porcion del padre y/o encargado y debe ser pagado al momento en que se haga la cita.

_____ Los padres y/o encargados son llamados para confirmar su cita 48 horas con anterioridad ya sea por una llamada telefonica o dejando un mensaje en su contestadora. Falta de confirmacion a su cita pudiera resultar en cobros por el tiempo reservado. Habra un cargo de \$40.00 por citas canceladas con menos de 24 horas de anterioridad.

_____ Habra un cargo de \$30.00 por cheques devueltos como fondos insuficientes (NFS)

_____ Pacientes con balances no pagados por 30 dias o mas , pueden incurrir en uno o mas de los siguientes cargos:

Cargos de interes de 15% por mes o 18% APR para cargos de coleccion(hasta 42% de el balance total). Se cobraran cargos de servicios de coleccion.

Firma de padre y/o Encargado

Fecha

Nombre en molde

Testigo