

## ACUERDO FINANCIERO

Este acuerdo es para informarle acerca de su obligación financiera en nuestra oficina. Nosotros estamos comprometidos a proveerle la más alta calidad de cuidado dental usando únicamente el mejor material y tecnología disponible. También estamos comprometidos en proveerle con la mas reciente información y herramientas educacionales para que usted pueda participar totalmente en mantener la ideal salud oral. La intención de este acuerdo financiero es de facilitarle excelente servicio a usted mientras minimizamos nuestro costo administrativo.

El mismo día que se le otorgan los servicios, su co-pago **estimado** por el tratamiento, que es la cantidad que no cubre su compañía de seguro, es requerido. Es posible que su co-pago sea ajustado después de habersele proveído los servicios dependiendo del pago que finalmente recibamos de su compañía de seguro. Nuestra oficina acepta dinero en efectivo, cheques personales, MasterCard y Visa. También hay financiamiento a través de CareCredit® pero eso es solamente si su crédito es aprobado por esa compañía.

**Usted es responsable de todo los cargos sin tener en cuenta la cobertura de su compañía de seguro. Debemos de poner énfasis que como su proveedor dental, nuestra relación es con usted, nuestro paciente, no con su compañía de seguro.** Su póliza de seguro es un contrato entre usted, su compañía de empleo, y su compañía de seguro. Nuestra oficina no es participe de ese contrato. Si no recibimos pago de su compañía de seguro en 60 días después de haberse otorgado los servicios, usted será responsable en pagar el balance del monto total.

Como cortesía a usted, nosotros le ayudaremos a procesar todos sus reclamos a su compañía de seguro. Usted puede dirigir a su compañía de seguro a que todos los pagos sean pagados directamente a nuestra oficina con su firma en la hoja de Acuerdo de Asignación de Beneficios.

Se le puede recargar multas de colección a cheques sin fondos y balances de mas de 60 días. Nuestra multa por cheques sin fondos es de \$20.00

Para **pacientes sin seguro dental**, el pago total es requerido el mismo día que se le otorgan los servicios.

Para **todos los pacientes**, si su cuenta no es saldada a tiempo, entonces será enviada a una agencia de colección. El paciente o la persona responsable por la cuenta, estará de acuerdo en pagar cargos de financiamiento, cargos de abogados, costos de corte o cualquier otro tipo de costo de colección.

Es requerido que usted nos notifique con 24 horas de anticipo si desea cancelar o cambiar una cita. Si no, se le cargara una "**Multa por no presentarse**" de \$35.00.

Si usted tiene preguntas acerca de este acuerdo financiero, por favor pregunte. Nosotros nos comprometemos en proveerle una experiencia positiva en su cuidado dental.

Yo acepto la responsabilidad total con todos los cargos asociados con mi tratamiento como también cualquier balance que no cubra mi compañía de seguro. En cuanto termine mi cuidado, yo pagare la totalidad de mi balance.

Nombre \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_