



Acuerdo Financiero

Es un placer que nos haya escogido como su proveedor dental. Nosotros estamos comprometidos a brindarle un excelente cuidado dental. En nuestra oficina siempre le presentaremos su tratamiento completo y detallado con opciones sin considerar el costo o las consideraciones de pago de su seguro. Nosotros respetamos su derecho para escoger el tratamiento que más le convenga conforme sus necesidades y deseos.

Citas

Sus citas son hechas conforme su conveniencia. Una hora específica sera reservada para su cuidado. Nosotros hacemos todo nuestro esfuerzo para mirarlo a tiempo. Nuestra oficina requiere que nos notifique 48 horas antes cuando necesite cambiar su cita. Nosotros llevamos un registro de las citas canceladas. Si usted cancela sus citas frecuentemente, nosotros tendremos que hacer sus citas en un horario conveniente a nuestra oficina.

Opciones de Pago:

- *Su pago es requerido al tiempo de recibir su tratamiento.*
- Si usted tiene seguro su pago será reducido basado aproximadamente en el pago que su seguro va hacer.
- Aceptamos pagos en efectivo, cheques personales, tarjetas de crédito y debito Visa o Mastercard.
- CareCredit es un plan de financiamiento para las personas que desean hacer planes de pago.

Cobros a su Seguro Dental

Z dentistry procesara su seguro como cortesía a usted y aceptamos también pagos de su seguro. Nosotros esperaremos 45 días para recibir el pago de su seguro. Si su seguro no paga en un plazo de 45 días usted es responsable de pagar inmediatamente toda su cuenta.

Su seguro dental es un contrato entre su empleador y su compañía de seguro. Estos contratos pueden variar totalmente. Los planes de seguro son diseñados para compartir sus costos dentales. Muchos planes cubren entre 50% y 80% de los costos del tratamiento dental. Nuestra oficina no puede garantizarle la cantidad de cobertura que su plan le provee.

Nosotros estimaremos lo que su seguro va a pagar, pero solo es una estimación. Usted es responsable de todos los pagos por los servicios que se le han brindado.

_____ (Inicial) Yo entiendo que soy responsable de entender los beneficios de mi seguro dental.

Cuentas sin Pagar

Si su cuenta no ha sido pagada en 60 días o mas, se le pondrá un cargo de interés del 18%. Si su cuenta se manda a la agencia de colecciones su costo de interés será de 40% y los costos de los abogados serán añadidos a su balance. Si el banco retorna un cheque sin fondo se le pondrá un cargo adicional de \$35 dólares.

Gracias por leer y entender las reglas de nuestra oficina.

He leído toda la información arriba.

Imprima su nombre _____ Fecha _____

Firma _____