



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 y/o las consideraciones de pago de su seguro. Nosotros respetamos su derecho para escoger el tratamiento que más le convenga conforme sus necesidades y/o deseos.

CITAS

Sus citas son hechas conforme a su conveniencia.
Vamos a mandarle recordatorios de sus citas por texto, e-mail, llamada telefónica, y postal.
Por favor mantengáse en contacto.

- Sus citas tienen que ser confirmadas. **Esto es muy importante para nosotros.** Puede confirmar sus citas por texto, e-mail, o llamada telefónica.
- **Tendra que pagar un cargo de \$50 dolares antes que le hagamos una cita si ha cancelado antes 2 citas sin darnos 48 horas de anticipacion.**
- Si usted no se presenta a 2 citas, ya no lo vamos a ver como paciente en Z dentistry.

OPCIONES DE PAGO

- Z dentistry ofrece un plan que incluye cuidado dental preventivo y 20% de descuento en tratamiento adicional.
- *Su pago es requerido al tiempo de su tratamiento.*
- Aceptamos pagos en efectivo, cheques personales, tarjetas de crédito y debito.
- CareCredit es un plan de financiamiento para los que desean hacer planes de pago.
- Si usted tiene seguro su pago será reducido basado aproximadamente en el pago que su seguro va hacer.

COBROS A SU SEGURO DENTAL

Usted es responsable de todos los pagos por los servicios que se le han brindado. Nosotros solo podemos darle un estimado de lo que su seguro pagara, porque los seguros solamente dan estimados.

Los planes de seguro son diseñados por su empleador 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 o los detalles que su plan le provee.

Z dentistry procesara su seguro como cortesía a usted y tambien aceptamos el pago de su seguro. Nosotros esperamos 45 dias para recibir el pago de su seguro. Si su seguro no paga en un plazo de 45 dias usted es responsable de pagar su cuenta inmediatamente.

_____ (**INICIALES AQUÍ**) Yo entiendo que soy responsable por mi cuenta dental.

CUENTAS SIN PAGAR

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

Gracias por leer y entender las reglas de nuestra oficina.
He leído toda la información arriba.

Imprima su nombre _____ Fecha _____

Firma _____