

# Póliza Financiera y Citas Perdidas Para PWCD

Gracias por escoger nuestra oficina como su proveedor de atención médica dental. Estamos comprometidos en brindarle el cuidado dental de la más alta calidad, para que así usted pueda alcanzar una salud bucal óptima. Por favor entienda que el pago es considerado parte de su tratamiento. La siguiente declaración de nuestra póliza financiera y citas perdidas, la cual le requerimos que lea, acepte y firme antes de cualquier tratamiento.

## **El pago se debe al momento en que el servicio es proporcionado:**

Nuestra oficina acepta **efectivo, cheques personales, MasterCard, Visa, Discover y Care Credit**. Sin embargo, existen situaciones en que los pagos deben extenderse durante un corto periodo de tiempo. Esto es completamente comprensible y haremos todo lo posible en ayudarlo. Sólo le pedimos que trate la situación con nosotros antes de cualquier tratamiento, juntos estableceremos un plan de pago por menos de 3 meses. Si el plan de tratamiento es extensivo, nosotros le recomendamos que examine care credit u otra institución financiera para otras opciones de pago.

## **Cheques sin fondos:**

Sera sujeto a una multa adicional de \$35.00 por cheque sin fondo. También, será requerido en utilizar otra forma de pago.

## **Si cuenta con aseguranza:**

- Como cortesía a usted, le ayudaremos con todo el proceso de reclamación a su aseguranza dental. Por favor entienda que le proporcionaremos un estimado de su aseguranza; sin embargo, este no es una garantía que su aseguranza pague exactamente lo que se estimó. La cobertura de seguro está sujeta a limitaciones, exclusiones, periodos de tiempo, frecuencia, restricciones de edad, deducibles y máximos los cuales son su responsabilidad. Por favor contacte a su compañía aseguradora para más detalles y beneficios. Su compañía aseguradora y su plan de beneficios determinan la cantidad pagada. Nosotros haremos todo lo posible porque su estimación sea lo más exacta. Su estimado de aseguranza puede diferir por muchas razones, relacionadas específicamente a su plan.
- Todos los cargos incurridos serán su responsabilidad, a pesar de su cobertura de aseguranza. Debemos enfatizar que, como su proveedor de atención médica dental, nuestra relación es con usted, nuestro paciente, no con su compañía aseguradora. Su póliza es un contrato entre usted y su compañía aseguradora. Nuestra oficina no es parte de ese contrato.
- Nuestra oficina está comprometida en proveerle el mejor tratamiento a nuestros pacientes. Nuestros cargos están basados en lo que es usual y acostumbrado en nuestra área. Usted es responsable de cualquier pago, independientemente de la determinación arbitraria de las tarifas usuales y habituales de cualquier compañía de seguros.
- Le pedimos que firme este formulario y/o cualquier otro documento necesario la cual requiera su compañía aseguradora. Este formulario instruye a su compañía aseguradora a realizar su pago directamente a nuestra oficina. Yo autorizo la publicación de cualquier información de atención médica o tratamiento proporcionado, concerniente a mi (o mi hijo) para el solo propósito de evaluación y administración de reclamos por prestaciones de seguro.
- Le pedimos que pague su deducible, co-pago y co-seguranza, el cual es la cantidad estimada no cubierta por su compañía aseguradora, en efectivo, cheque, MasterCard, Visa, Discover, y Care Credit en el momento en que le proporcionamos el servicio.
- Los pagos por aseguranza son normalmente recibidos entre 30-60 días desde el momento que se presentó la reclamación. Si su compañía no ha realizado un pago en el lapso de 90 días, le pedimos que contacte a su compañía aseguradora para asegurar que el pago se realizara como se estimaba. Si el pago no es recibido o su reclamación fue rechazada usted será responsable del pago en su totalidad.
- Cooperaremos completamente con las regulaciones y requisitos de su compañía aseguradora para asistir con el pago del reclamo. Sin embargo, nuestra oficina no participara en ninguna disputa sobre la reclamación con su compañía aseguradora.

## **Cita(s) Perdidas y Cancelaciones:**

Nuestro objetivo es proporcionarle el tratamiento de manera oportuna con tan pocas visitas como sea necesario. En orden para poder proporcionarle mejor servicio a nuestros pacientes requerimos mínimo una notificación de 48 horas para cancelaciones o reprogramación de citas. Entendemos que pueden surgir circunstancias imprevistas las cuales pueden resultar en cancelación o pérdida de cita. Un cargo de \$25.00 puede ser aplicado por múltiples citas perdidas, notificaciones de último momento o citas canceladas. Múltiples citas fallidas pueden resultar en ser despedidos de la práctica dental.

## **Menores con padres Separados o Divorciados:** Iniciales: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Cuando los dos padres son cada uno responsable de la mitad del costo de la atención dental del niño, el padre o tutor que traiga al niño es responsable del pago de co-aseguranza y la cuota completa. También serán responsables de cobrar el pago del otro padre.

HE LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTO LOS TERMINOS Y CONDICIONES ANTERIORES. AUTORIZO A MI COMPAÑIA DE SEGUROS A PAGAR MIS BENEFICIOS DENTALES A MI CONSULTORIO DENTAL.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA (Firma del garante, si es menor)

\_\_\_\_\_  
FECHA