

### **INFORMACIÓN FINANCIERA / POLÍTICA**

Nos complace que haya elegido nuestra oficina para su atención de cirugía oral. Nuestro objetivo es hacer de esta una experiencia cómoda y positiva para usted. Nuestra política financiera está diseñada para que usted y nuestro consultorio comprendan claramente sus compromisos financieros antes de la cirugía, y para que podamos tener un acuerdo de condiciones de pago que funcione para ambos.

El paciente o padre/madre/tutor es responsable de esta cuenta, independientemente de la cobertura del seguro. No aceptamos seguros como pago total, pero manejaremos la presentación de todas las reclamaciones como una cortesía a usted. Solicitamos que todas las cuentas se paguen en su totalidad dentro de un plazo de 30 días, a menos que se hayan hecho otros arreglos específicos antes de la fecha del servicio.

Los estados de cuenta se envían por correo a todos los pacientes (independientemente de la cobertura del seguro). **Todas las cuentas con más de 90 días de antigüedad tendrán un cargo por servicio agregado al saldo pendiente cada mes.** Los pagos mensuales atrasados pueden estar sujetos a un cargo por mora de \$15.

### **FACILIDADES DE PAGO**

1) El pago total vence el día del servicio. Aceptamos dinero en efectivo y las principales tarjetas de crédito. Ofrecemos un descuento del 5% a los pacientes que no tengan seguro médico que paguen en efectivo o cheque la totalidad al momento del servicio.

2) Los planes de pago se ofrecen a través de CareCredit. Solicite más detalles.

3) Cobertura de seguro verificada: se autoriza divulgar cualquier información relacionada con mi reclamación a las compañías de seguros. Los beneficios del contrato se pagarán directamente al proveedor. El paciente pagará su porcentaje el día del servicio. El saldo pendiente lo deberá pagar en 30 días la compañía de seguros o el paciente.

Se aplicará un cargo por cheque devuelto de \$25 por todo cheque sin fondos emitido a su cuenta.

Esto certifica que la información / historial proporcionado es correcto. Entiendo los términos y acepto cumplir con mi compromiso financiero con esta oficina.

Nombre (en letra de molde): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_