



1911 Forest Hill Blvd, West Palm Beach, FL 33406 ☎ (561)-439-7400 📠 (561)-439-7443 ✉ juanageldresdds@live.com

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

### POLIZA FINANCIERA

Esta es la poliza de esta oficina dental para mantener el costo de su salud dental tan bajo como nos sea posible. Para poder lograr esto tenemos que mantener nuestra facturación al costo mínimo por favor ayudenos en lo siguiente:

- Siempre traiga su tarjeta de seguro a la oficina.
- Notificanos al llegar que cambio de seguro, direccion y numeros de telefonicos, etc.
- Por favor siempre chequee su seguro con referencia a nuestra participacion como oficina dental. No negaremos ningun procedimiento dental debido a no estar seguros de la participacion de su seguro con la oficina. Por favor, entienda que usted es el responsable por verificar si su seguro participa con nuestra oficina.
- Si no podemos verificar su seguro dental el dia que le damos servicio, nosotros no negaremos nuestros servicios y lo atenderemos pero, por favor, entienda que usted es responsable por los cargos incurridos en la cita dental. Pago es esperado en efectivo, tarjeta de credito or CareCredit en el mismo dia que se otorgaron los servicios dentales almenos que otros acuerdos se hicieron antes del procedimiento.

#### **Nosotros solo aceptamos las siguientes formas de pagos:**

Effectivo Care Credit Discover MasterCard Visa American Express

**NO ACCEPTAMOS CHEQUES**

### OPCIONES de PAGO

Tu salud dental y tu sonrisa son importantes para nosotros. Por eso que nosotros aceptamos muchos seguros y tenemos programas de pago para ayudarlos.

1. Aceptamos mucho seguros. Nosotros requerimos por el contrato con su seguro de collectar copagos o deducibles en el momento que le damos el servicio. Cualquier prepago no colectado el dia de la visita sera sujeto \$20 extra de prepago como un pago de procesamiento. Es su responsabilidad saber de estos prepagos en su dia de su visita. Nosotros estimaremos que es lo que su seguro puede pagar. Pero es la compania de seguro que hace la final determinacion de su egibilidad. Ustedes estan acordando con nosotros que pagara cualquier pago que el seguro no lo haga.
2. Si no tiene seguro, nosotros ofrecemos descuentos y promociones que seguro satisfacera sus necesidades en casos que el pago no se pueda hacer complete. Podemos ofrecerle pagos de acuerdo a su presupuesto. Si paga en efectivo y todo el precio podemos darle mas descuentos.
3. Care Credit se acepta en esta oficina y puede aplicar aqui. Esto lo puede ayudar con sus pre pagos, deducibles y costo de tratamientos no cubiertos por su seguro. Tambien puede ayudar en emergencias inesperadas y le permite hacer su tratamiento inmediatamente. Este Sistema es bueno para paciente con seguro o sin seguro.

### MENSUALIDADES

Si tiene un balance en su cuenta, la facturacion se le mandara. El balance en la facturacion es para ser pagos cuando lo reciva y sera considerado como pago tardios despues de 15 dias. Si su cuenta esta tarde de pago, nosotros tomaremos los pasos necesarios para colectar nuestros servicios. Todas las cuentas mandadas a coleccion seran reportadas a la agencia de creditos y usted esta de acuerdo en pagar todas las cargas incurridos en coleccion y procesamiento de su deuda no pagada. **Hay un costo** para todas las transacciones de tarjetas de credito que reclamen el cargo de retorno al cliente de \$45. Y otros costo tambien pueden aplicar. Si usted tiene una preocupacion o preguntas, por favor no dude en preguntarnos a nosotros o el doctor.

### TRANSFERIR SU INFORMACION CLINICA

Usted necesitara personalmente completar una forma de autorizacion en donde nos da la autonomia de dar sus record. Todo los balances tiene que ser pagados antes de obtener o transferir sus record. Hay un cargo de \$25 por todas las copias de radiografias y otros. Necesitamos 48 horas de tiempo para dar servicio despues que nosotros fuimos notificados para tener su informacion. No tiene que tener deudas en la oficina de tratamientos, materiales usados y la parte del seguro tambien tiene que estar pago antes de darle copias.

### PAGOS POR FALTAR A UNA CITA.

Usted necesita pagar un pago si usted falto a su cita o cambio la cita o cancel sin 24 horas de anticipacion, **los pagos son los siguientes:**

1. Dentista General: \$30 por ½ hora / \$60 por hora.
2. Higienista: \$30 por ½ hora. / \$60 por hora.
3. Tratamiento de Ortodoncia: \$30 por Cita
4. Limpieza Profunda: \$75 por Cita
5. Mantenimiento del Periodonto: \$50 por Cita

Una vez firmado este acuerdo, usted esta de acuerdo con todos los terminos, condiciones y este acuerdo sera cumplido.

Iniciales: \_\_\_\_\_

**Despues de leer este acuerdo y haberlo entendido.** Yo pido que los servicios se den y estoy de acuerdo con los cargos que tenga por los servicios rendidos. Yo entiendo que sino pago mi cuenta estoy delincuente y que sera dado a la agencia de coleccion y otros pagos de procesamiento que seran aplicados. Tambien estoy bajo el riesgo que la oficina me deje ir como paciente.

Yo he leído y entendido esta poliza financiera y entendido que yo sere el Unico responsable por los cargos incurridos por mi hijo/hija como el responsable guardian.

Firma: \_\_\_\_\_ Firma de padre o custodia (Si es menor): \_\_\_\_\_

Firma de padre / Custodia: \_\_\_\_\_