



Declaración de Política Financiera

Nombre del Paciente: _____

Por favor escriba _____

En Cute Smiles 4 Kids, LLC, nuestra misión es "Brindar la mejor atención dental de calidad en un ambiente cómodo y compasivo, y educar a los pacientes en relación con la salud oral y el mantenimiento preventivo "A cambio, pedimos lo siguiente de usted:

1. Tomar medidas preventivas de cuidado para proteger la salud bucal de su hijo/a
2. El respeto de nuestra política financiera
3. No dude en hacer cualquier pregunta sobre el tratamiento o nuestra política financiera.

En la cita se le presenta un plan de tratamiento completo y lista de precios estimados, que tiene en cuenta su cobertura de seguro (para nuestra mejor capacidad de cálculo) y las porciones estimadas de pago. Estamos obligados por regulaciones del Estado para tener la certeza que antes de salir de la oficina, usted entiende completamente las necesidades de tratamiento dental adecuado, las opciones de tratamiento, pago de tasas, y los acuerdos financieros. (Una estimación de tratamiento no es una garantía de pago.) Tenga en cuenta que el pago es debido antes del inicio de la sesión de tratamiento.

Es importante que usted entienda por razones médicas o estéticas, y posiblemente ambos, una vez que el plan de tratamiento ha sido aceptado por usted, es su responsabilidad de continuar con el tratamiento acordado en el calendario recomendado. Nosotros con mucho gusto contestaremos a preguntas sobre las opciones de tratamiento hasta que esté completamente satisfecho.

Estamos encantados de ayudarle en la recepción de los máximos beneficios de su seguro dental. Pagos de seguro para esta oficina será acreditado en su cuenta o reembolsado en el caso de un pago en exceso. No podemos garantizar pagos de seguro en estimados generados por nuestra oficina. Usted es responsable de todos los gastos dentales que su compañía de seguro no ha pagado, por cualquier razón. Se espera que usted pague el monto total (su parte) en el momento que el tratamiento dental se lleva a cabo. Por favor, no dude en llamar antes de su cita si usted quisiera saber su estimada parte de la tarifa del servicio. Si su compañía de seguro no ha pagado su cuenta en su totalidad, el equilibrio se convertirá automáticamente en su responsabilidad.

A cuentas morosas se cobrará un cargo por demora, los costos de las colecciones de cuenta también serán su responsabilidad. Además de aceptar los pagos directamente de su compañía de seguro, los acuerdos financieros deben ser realizados por su co-pago. El co-pago es la diferencia entre los costos de tratamiento y el pago del seguro. Le ofrecemos tres opciones de pago para su parte del costo de los servicios:

- (1) Su Co-pago por completo se necesita en la fecha del comienzo del tratamiento con un cheque de cajero, giro postal, Visa, M / C, o American Express. No aceptamos dinero en efectivo.
- (2) Care Credit es una opción de financiamiento que ofrecemos para aquellos que califiquen. Una tasa de interés del 0% puede estar disponible para un máximo de 12 meses sin ninguna penalización por pago anticipado. Una aplicación puede presentarse ya sea en nuestra oficina o en la comodidad de su casa. Usted puede visitar www.carecredit.com para aprender más sobre esta opción.
- (3) Preautorización de pago en intervalos semanales o mensuales a través de una tarjeta de crédito con una cuota única de activación de 8%.

En cualquier momento que su seguro sea cancelado, usted será responsable por el resto del tratamiento realizado. Por firmar este formulario, usted reconoce que ha leído, entendido y acepta cumplir con nuestra política financiera.



Firma del Paciente / Tutor: _____

Fecha: / / _____

Nombre del Padre: _____

(Favor de usar letras de molde – Apellido / Nombre(s))