

## Políticas del Consultorio

A fin de mejorar la comunicación y fomentar el entendimiento en cuanto a las políticas financieras y de incumplimiento de citas de este consultorio, por favor, lea la siguiente información. Después de leerla, sírvase colocar su firma al pie de esta página indicando que entiende estas políticas a cabalidad.

**SEGURO DENTAL:** con mucho gusto facturaremos tanto a su seguro primario como el secundario como cortesía para nuestros pacientes. Por favor entienda que cada paciente es en definitiva responsable por los costos de los servicios. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguro. Tenga en mente que en los documentos/la información que recibimos de su seguro con un resumen de sus beneficios se especifica que ellos no garantizan el pago de los servicios. Por lo tanto:

- Todos los cargos son su responsabilidad bien sea que su seguro pague o no. No todos los servicios están cubiertos por su compañía de seguro.
- Si su seguro no paga el monto que le corresponde en su totalidad dentro de un plazo de 30 días, le pediremos que se comuniqué con su seguro para agilizar el reclamo.
- Entiendo que el doctor utilizará un material de empaste/relleno blanco; algunos seguros reducen dicha tarifa a la de un empaste plateado. Es mi responsabilidad pagar la diferencia entre las dos tarifas, de haberla.
- Cada 6 meses mi hijo/a tendrá un examen completo, radiografías (de ser necesarias) y un tratamiento de profilaxis/fluoruro. Si mi seguro no lo cubre con dicha frecuencia, es mi responsabilidad informar al personal antes de que mi hijo/a entre a la consulta.
- Al programar una cita con sedación oral/gas nitroso, comprendo que mi seguro podría no cubrir estos montos.
- **Nosotros hacemos todo lo posible para calcular la cobertura estimada de su seguro y la porción que le corresponde al paciente.** Si su seguro no paga el monto que se esperaba, el paciente se hace responsable de la diferencia.

**PAGO DEL PACIENTE:** Se debe pagar al momento que se reciben los servicios. Aceptamos efectivo, cheques y la mayoría de las tarjetas de crédito. También aceptamos CARE CREDIT. Los cheques que reboten incurrirán en una tarifa adicional de \$25.00.

**INCUMPLIMIENTO DE CITAS:** Requerimos de notificación previa de 48 horas para cancelar/ cambiar citas de chequeos/limpiezas y 72 horas para las citas de tratamiento. Entendemos que, a veces, las cancelaciones de último minuto son inevitables. Se tomarán en cuenta las circunstancias individuales.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del garante: \_\_\_\_\_

Firma del garante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_