

# Poliza financiera

Tenemos el privilegio de que usted nos haya escogido como su proveedor de cuidado dental. Nos comprometemos a brindarle a usted y a su familia atención de calidad. A continuación es nuestra declaración sobre nuestra poliza financiera, la cual usted debe entender antes de su tratamiento. Si tiene alguna pregunta, por favor no dude en hacernos saber.

**El pago completo debe hacerse al momento del servicio. Aceptamos efectivo, cheques y la mayoría de las principales tarjetas de crédito. Se cobrará \$35 por todos los cheques que sean devueltos. Además, nos reservamos el derecho de cobrar por las citas que sean canceladas o incumplidas sin aviso previo de 24 horas.**

## Con relación al seguro

Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguro. No tenemos ningún control sobre sus decisiones y la cantidad que decide pagar. Sin embargo, como cortesía a nuestros pacientes, presentaremos sus reclamaciones de seguro primario en su nombre.

Antes del tratamiento, verificaremos su cobertura y calcularemos su deducible y copagos con la mayor precisión posible. Por favor comprenda que todos los planes de tratamiento son solo un cálculo basado en la información proveniente de su compañía de seguro. Todos los deducibles y copagos se cobrarán el día del tratamiento.

Por favor tenga en cuenta que su compañía de seguro no garantiza el pago por teléfono. No sabremos la cantidad exacta que pagará hasta que responda a la reclamación.

**INDEPENDIENTEMENTE DE LO QUE PAGUE SU COMPAÑÍA DE SEGURO, USTED SIGUE SIENDO TOTALMENTE RESPONSABLE DEL PAGO DE SU CUENTA.** Una vez que se reciba un pago en su reclamación, le enviaremos una factura por cualquier saldo restante en su cuenta.

A nuestra discreción, cualquier saldo que permanezca sin pagar después de 90 días se enviará al servicio de cobranza y el paciente será responsable de pagar cualquier cargo relacionado con el cobro del saldo.

He leído y entiendo esta Poliza Financiera. Al firmar a continuación, asumo mi responsabilidad y estoy de acuerdo con los términos arriba mencionados.

---

Nombre del paciente

Firma

Fecha