



3705 Old Norcross Rd, Suite 300
Duluth, GA 30096

¡Bienvenidos a nuestra práctica! ¡Agradecemos la confianza que usted ha depositado en nosotros!

Reconocimiento De La Política Financiera

Este documento tiene el propósito de informarle a usted, nuestro paciente, de nuestras pólizas financieras. Si, en cualquier momento usted tiene alguna pregunta en cuanto a esta política, favor de preguntar a uno de nuestros miembros del negocio.

Estamos comprometidos a proveer el cuidado de mayor calidad posible. Nuestras tarifas son un reflejo de la calidad de cuidado que ofrecemos. Continuaremos con nuestro compromiso al ofrecerle una variedad de opciones de financiamiento para facilitarle el cuidado dental que usted necesita. Aceptamos efectivo, cheque, Visa, MasterCard, Discover, y American Express. También estamos asociados con una tercera entidad, CareCredit, que le ofrecen la flexibilidad de opciones de pagos extendidos con interés diferidos. _____

Le informaremos de todas las opciones de tratamiento recomendadas y su cargos asociados, antes de empezar con el tratamiento. Pago es esperado al momento de que se rinda el tratamiento. Una cuenta delinciente impide nuestra habilidad de proveerle la calidad de cuidado dental que usted se merece. Es nuestra póliza que tanto el padre o guardián que acompañe a un menor de edad a nuestra oficina sea el responsable por el pago de todos los servicios rendidos. _____

Tasa De Registros: Usted puede solicitar una copia de sus registros en cualquier momento dado por una tarifa de procesamiento de \$25.00. Si se solicitan radiografías, la tarifa puede variar dependiendo del tipo de radiografía que se necesite. El tiempo requerido para procesar y recibir entrega electrónica de estos documentos podría extenderse de 24-48 horas (Por favor tenga esto en mente cuando esté pidiendo estos documentos para la escuela de niños en especial). _____

Política De Cheques Personales: Si su cheque es devuelto por el banco por cualquier razón, estaremos adeudando electrónicamente a su cuenta la cantidad por el cheque girado más un cargo por procesamiento de \$60.00. _____

Política De Citas: Nos comprometemos a respetar a su tiempo y le pedimos que usted haga todo el esfuerzo posible para mantener su cita que se le ha reservado exclusivamente para usted. Entendemos que puede haber situaciones que le impidan conservar su cita programada, sin embargo, cualquier cita perdida será sujeta a un recargo de \$40.00. Usted recibirá un cordial recordatorio vía mensaje electrónico o de texto y notificaciones que amablemente le pedirán que confirme su cita ya programada. Por favor sea consciente que se requiere una confirmación para mantener su cita. Si necesita reprogramar su cita, favor de notificarnos con dos días de

anticipación para evitar un recargo por cancelación. Si usted pierde sus citas repetidamente, se le podría pedir que continúe su tratamiento en otro lugar. _____

Citas Extensas: Le informamos que si su cita consiste de 2 horas o más, deberá pagar el 50% de su cargo total de gastos de bolsillo por el procedimiento, al momento de programar su cita o por lo menos una semana antes de la cita programada. Si está usando sus beneficios de seguro para ayudarle con su costo de tratamiento, el monto completo del coaseguro será debido al momento de programar su cita como un depósito. Si usted no llega a su cita o no da la notificación requerida para cancelaciones, entonces el monto dado como un depósito será perdido y no será reembolsado y no puede aplicarse a un tratamiento futuro. _____

Póliza De Seguros: Como cortesía a nuestros pacientes con beneficios de seguro dental, presentaremos su reclamo y le proporcionaremos cualquier información necesaria para ayudarle a recibir sus beneficios dentales. Se requiere que el deducible o el costo estimado del paciente se pague en el momento que se presente el tratamiento. Aceptamos la asignación de beneficios de seguro como una forma de pago para ayudar a reducir su gasto inmediato de bolsillo. Nuestra oficina no entrará en una disputa con su compañía de seguros sobre su reclamo. La cantidad que usted es responsable de pagar el día del servicio *es solo una estimación* basada en la información proporcionada por su compañía de seguros. Si, al final de los 60 días, su compañía de seguros no ha pagado, usted es responsable de todo el saldo restante. Adicionalmente después de que su seguro haya rendido el pago del reclamo le mandaremos una factura por lo el balance que tiene en la cuenta. Somos proveedores participantes en la red PPO; Sin embargo, no participamos en ninguna red de HMO o DMO. _____

Póngase en contacto con su compañía de seguros antes de su visita para obtener información esencial que refleje exactamente su cobertura actual. Proporcionarnos esta información acelera el procesamiento de los reclamos. Si tiene una política de reembolso directo, el pago completo se espera en el día del servicio y su plan dental le reembolsará. _____

*****Datos Importantes Sobre Su Seguro Dental*****

- El seguro dental es un contrato entre el paciente y la compañía de seguros. Es un beneficio para ayudarle con el cuidado dental. En ningún momento los beneficios del seguro pueden comprometer el diagnóstico de su médico o afectar su elección del tratamiento. _____
- Es su responsabilidad entender el tipo de seguro dental que usted tiene (es decir, Tradicional, PPO, DMO, o HMO) y los beneficios seleccionados por usted y/o su empleador. _____
- Usted, no la compañía de seguros, es responsable de los honorarios de los servicios prestados. _____

HE LEIDO Y ENTIENDO EL CONTENIDO DEL DOCUMENTO.

Nombre Del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma Del Paciente/ Padres/ Guardianes: _____

TENGA EN CUENTA QUE ESTOS TERMINOS Y CONDICIONES ESTAN SUJETOS A CAMBIOS SIN PREVIO AVISO POR ESCRITO.