

POLÍTICA FINANCIERA

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención dental. Nos comprometemos a que su tratamiento sea exitoso. Por favor, comprenda que el pago de su factura se considera parte de su tratamiento. La siguiente es una declaración de nuestra política financiera que requerimos que lea y firme antes de cualquier tratamiento.

SEGURO:

Recuerde que su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No somos parte de ese contrato. Como cortesía para usted, nuestra oficina presentará sus reclamos de seguro y puede brindarle otros servicios, incluido un presupuesto previo al tratamiento que podemos enviar a la compañía de seguros si lo solicita. Depende de usted, como paciente, comunicarse con su compañía de seguros y preguntar sobre los detalles de sus beneficios. Si tiene alguna pregunta sobre el presupuesto previo al tratamiento y / o las tarifas por el servicio, es su responsabilidad obtener respuestas antes del tratamiento para minimizar cualquier confusión en su nombre. Las estimaciones previas al tratamiento son solo una estimación y es posible que no reflejen con precisión el pago final adeudado. Tenga en cuenta que algunos o quizás todos los servicios proporcionados pueden o no estar cubiertos por su póliza de seguro. Cualquier saldo es su responsabilidad, ya sea que su compañía de seguros pague o no alguna parte.

CANCELACIÓN DE CITAS:

Para garantizar una programación eficiente, cobraremos nuestra tarifa estándar de cita perdida por cualquier cita perdida que no se cancele dentro de las 24 horas de aviso por llamada telefónica o mensaje de texto. Esta tarifa debe pagarse antes de la hora de su próxima cita programada y se aplicará a todas las citas, incluidas las visitas de limpieza dental y los procedimientos dentales.

PAGO:

El pago vence en el momento del servicio. Si se aplican beneficios del seguro, los COPAGOS ESTIMADOS DEL PACIENTE y los DEDUCIBLES vencen en el momento del servicio. Si no se aplican los beneficios del seguro, se debe realizar el pago completo en el momento del servicio, a menos que se hagan otros arreglos.

El SALDO IMPAGO con más de 60 días de antigüedad estará sujeto a un interés mensual del 1,5%. Si el pago está atrasado, el paciente puede ser enviado a la agencia de cobranza y el paciente será responsable del pago de los honorarios de la agencia de cobranza, los honorarios de abogados y / o los costos judiciales asociados con la recuperación del dinero adeudado en la cuenta.

LAS OPCIONES DE PAGO que aceptamos incluyen efectivo, cheque y tarjeta de crédito (Visa, Mastercard, American Express). Ofrecemos un beneficio de ahorro del 5% para los pagos realizados en su totalidad en el momento del tratamiento.

La firma de este acuerdo es un requisito para ser paciente en nuestra oficina.



POLÍTICA FINANCIERA

Al cantar este acuerdo:

- Acepto pagar todos los montos cobrados por Page Family Dentistry por todos los tratamientos y servicios profesionales y dentales. Todos los saldos restantes no cubiertos por mi seguro son mi responsabilidad de pagar de manera oportuna. Si se me designa como la parte responsable de otros en mi cuenta, acepto pagar todas las tarifas cobradas por sus servicios. Acepto pagar cualquier cargo financiero, tarifas de citas perdidas y tarifas de agencia de cobranza, que se carguen a mi cuenta. El pago se realizará a Page Family Dentistry, 107 E Locust Street, River Falls, WI, 54022.
- Autorizo a Page Family Dentistry a proporcionar a mi compañía de seguros dentales o de salud toda la información que dicha compañía pueda solicitar con respecto al tratamiento para mí, mis dependientes u otras personas enumeradas en la parte responsable de mi cuenta.
- Asigno a Page Family Dentistry los beneficios dentales y / o médicos / quirúrgicos a los que yo o mis dependientes tenemos derecho bajo mi seguro dental o de salud. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos en mi cuenta. Reconozco que Page Family Dentistry puede darme una estimación de los servicios, que el monto estimado es únicamente una estimación y es posible que no refleje con precisión el pago final adeudado, y que soy responsable del pago final adeudado. Reconozco que es mi responsabilidad como paciente confirmar los beneficios exactos directamente con mi compañía de seguros.
- Acepto realizar el pago total de todos los cargos dentro de los 45 días posteriores a los servicios, a menos que se haya hecho un acuerdo financiero por escrito por adelantado.

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

Firma: _____