

POLÍZA FINANCIERA

Es nuestra intención proporcionarle atención dental completa y eficiente. Además, nos esforzaremos para hacer su visita con nosotros agradable y confortable. Por favor lea lo siguiente para que entiendan nuestra políza financiera de la oficina.

CATEGORÍAS DE PAGO:

A. **auto-pago (NO seguro)** – pago es debido en completa al tiempo de servicio por dinero en efectivo,

Cheque o tarjeta de crédito/débito.

B. **HMO seguro** – su contrato de seguro requiere copago en su totalidad

Al tiempo de servicio en dinero en efectivo, cheque o tarjeta de crédito/débito.

C. **PPO y seguro estándar** – como una cortesía para usted, nosotros Procesaremos su Formularios de seguros sin costo alguno. Una vez recibido el pago del seguro, el saldo restante es debido en completo dentro de 30 días.

NOSOTROS **NO HACEMOS PLANES DE PAGO**, PERO ACEPTAMOS VISA, MASTERCARD Y DISCOVER OTRA OPCION ES APLICAR POR CARECREDIT. POR FAVOR, DISCUTA SUS OPCIONES DE PAGO CON NUESTRO PERSONAL.

HAY UN CARGO POR SERVICIO \$25 POR UN CHEQUE DEVUELTO A NOSOTROS POR NO SUFICIENTE FONDOS (NSF).

Ciertos procedimientos requieren prepago antes de que se pueden programar citas.

Entiendo que soy responsable financieramente por los servicios que se realizan en mi nombre y que mi seguro no puede cubrir todo un procedimiento. En caso de incumplimiento de pago de cualquier servicio terminado, estoy de acuerdo con pagar cargos incurridos por Simmons Dental Associates en la aplicación de la colección de las cuentas del paciente si pago no aparece en un periodo razonable de tiempo (30 días). Entiendo y acepto a los anteriores acuerdos financieros.

NOMBRE

FIRMA

FECHA