

Información Financiera

Hemos descrito nuestras pólizas para ayudar a responder preguntas que usted tenga en cuanto a opciones disponibles para pagar por su cuidado dental. No dude en discutir con nuestro gerente financiero cualquier inquietud adicional o pregunta que pueda tener.

Pacientes sin Seguro: El pago es debido en el momento de su visita. Si esto no es posible para usted, vea nuestra información financiera.

Pacientes Asegurados: Como cortesía, estaremos encantados de facturarle el cobro a su seguro. Cargos estimados no cubiertos por su seguro vencen en el momento del servicio. Por favor traiga su folleto de seguros, para que podamos dar un estimado lo más preciso como sea posible. Su seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Usted es responsable de sus cargos, independientemente del estado de su reclamo del seguro. Se acumularán intereses sobre cualquier balance de más de 60 días.

Lesiones: Por favor, infórmenos si su visita es por una lesión que ha recibido en el trabajo o en un automóvil. Tendrá que autorizar su atención dental y puede necesitar cobrarle a un seguro diferente que su póliza dental normal. Para nosotros poder cobrar esto para usted, por favor proporcione un nombre y número de teléfono para su seguro de accidentes.

Citas Perdidas: Para dar cabida a nuestros pacientes, pedimos notificaciones de 24 horas de cualquier citas que deban ser reprogramados. Citas canceladas con menos de 4 horas de antelación están sujetas a un cargo de \$25.00.

Cargos Financieros: Cuentas no pagadas dentro de 60 días de servicio están sujetas a un cargo por financiamiento mensual.

Cheque sin fondos: Cualquier cheque devuelto como no pagado se cobrará un cargo de NSF (sin fondos).

Formas de Pago: aceptamos efectivo, cheques personales, Visa, MasterCard, American Express y Discover. Podemos ayudarle a establecer pagos con Care Credit.

_____ Tengo seguro dental y pagaré mis gastos el día del servicio.

_____ Tengo seguro dental y me gustaría que cobrar la cuenta para mí. Voy a pagar cualquier cargo estimado no cubierto por mi seguro en el día de que mi trabajo se haga. Entiendo y acepto si por alguna razón que mi seguro no pague lo que se espera, yo soy responsable por el saldo adeudado. Se pague este saldo entre 20 días, a menos que se han hecho arreglos previos.

_____ Tengo una cobertura bajo el Plan de salud de Oregon.

Autorizo la liberación de toda la información dental necesaria a mi compañía de seguros y el pago de todos los reclamos enviados directamente al dentista. Entiendo y acepto que me cobrarán el interés para cualquier saldo de más de 60 días.

Firma: _____ Fecha: _____