



POLÍTICA FINANCIERA

Bienvenido a nuestro consultorio. El siguiente documento fue diseñado por Pediatric Dental Specialists, PA para informarlo sobre nuestras políticas en relación con el pago y el seguro.

- Se requiere el pago completo al momento de la prestación del servicio. Si el paciente se encuentra cubierto por un seguro odontológico, su parte calculada es debida al momento de la prestación del servicio. Aceptamos con gusto efectivo, cheques, tarjetas de débito/ATM y las principales tarjetas de crédito (VISA, MasterCard, Discover y American Express). También aceptamos CareCredit, una tarjeta de crédito que ofrece una financiación sin intereses. Si usted tiene interés en presentar una solicitud para esta tarjeta, solicite mayor información a uno de nuestros empleados.
- El padre, madre y/o el tutor legal que traiga al paciente a su primera visita es responsable del pago, independientemente de lo que una sentencia de divorcio pueda establecer. Se hará un reembolso entre ambos padres divorciados. Nosotros no intervendremos.
- No aceptamos seguro médico.
- Se proporcionará un ESTIMADO para el costo de los servicios antes del tratamiento basado en un examen clínico y / o radiográfico (radiografía). Cualquier cambio imprevisto en la condición oral de su hijo entre el momento en que se crea una estimación y el momento del tratamiento puede alterar el tratamiento necesario y, como resultado, la cantidad que debe, ya sea que pague en efectivo o utilice un seguro dental.

Para aquellos con beneficios de seguro dental, lea atentamente:

- La estimación de tratamiento creada se basa en la información de su compañía de seguros en el momento en que se crea el plan de tratamiento. La estimación se basa en el historial de reclamaciones anteriores que ya se informó, pero no tiene en cuenta las reclamaciones pendientes que aún no ha recibido o pagado por su compañía de seguros. Otras reclamaciones dentales presentadas o actualizaciones de tarifas que se producen entre el momento en que se crea el presupuesto y el tiempo de servicio pueden afectar la cantidad que pagará su compañía de seguros y, como resultado, esa cantidad será su responsabilidad. El presupuesto no es una garantía de pago por parte de su compañía de seguros ni el monto exacto que puede ser su responsabilidad. Para obtener información precisa sobre la cobertura de su seguro para cualquier tratamiento propuesto, le sugerimos que se contacte directamente con su compañía de seguros.
- Verificamos con gusto los beneficios y las reclamaciones de archivos como cortesía. Es nuestro objetivo ayudarle a recibir el máximo de beneficios disponible según su póliza de seguro odontológico. Le solicitamos que lea y comprenda los beneficios de su plan odontológico antes de buscar tratamiento. Tome en cuenta que el contrato es entre usted, el asegurado y la compañía aseguradora. El monto de la cobertura que recibe dependerá de la calidad del plan comprado por su empleador, no de los honorarios del doctor. También comprenda que como proveedor de cuidados odontológicos, nuestra relación es con usted, no con la compañía aseguradora. Esto significa que será responsable del pago de todos los cargos no cubiertos por su compañía aseguradora, incluyendo todos los honorarios que estén por encima del programa de honorarios usual y habitual de su compañía aseguradora. Cualquier saldo restante después del pago del seguro debe pagarse dentro de los 30 días de la fecha de facturación.
- Cualquier saldo no pagado de más de 60 días sufrirá un cargo financiero del 18% A.P.R., sin considerar las reclamaciones de seguro pendientes. Cualquier saldo no pagado de más de 90 días se enviará a una corte de pequeños reclamos y sufrirá un arancel de cobro de \$100.00 más cualquier otro costo/honorario incurrido mientras trata de cobrar la deuda. Todas las cuentas que se envíen a la corte de reclamos menores serán descalificadas de la práctica. Llame por favor nuestra oficina inmediatamente si usted recibe una declaración para un equilibrio que está en duda.
- Los cheques insuficientes que se devuelvan se cobrarán el cargo máximo por servicio permitido.
- Para las cuentas con créditos, los reembolsos se emiten una vez al mes.
- Esta política financiera está sujeta a modificaciones sin previo aviso. Al aceptar la política financiera, usted acepta estar sujeto a cualquiera de las enmiendas de la política financiera. Puede recibir una copia de nuestra Política financiera actual en cualquier momento, previa solicitud.

AUTORIZACIÓN

- Autorizo a Pediatric Dental Specialists, PA a compartir cualquier tipo de información relativa a mi caso con mi compañía aseguradora.
- He leído y acepto la Política Financiera anterior, la comprendo y presto mi conformidad con las condiciones establecidas en relación con el pago.

Firma del padre/madre/tutor legal

Letra de imprenta: Padre/madre/tutor legal

Fecha