

Póliza de Pago de la oficina

Nosotros tratamos de matener los costos bajos en nuestra oficina. Esto lo podemos lograr con la ayuda de ustedes; con el cumplimiento de los convenios de pagos. Usted puede solicitar los estimados por escrito para su tratamiento.

Es beneficioso si están definidos y claros los acuerdos financieros antes de comenzar los tratamientos. Para su facilidad nosotros aceptamos los siguientes métodos de pago: efectivo, cheques, Visa, MasterCard y tarjetas de débito.

_____ Opción 1 Pago completo el día del tratamiento. Usted obtendrá el cinco por ciento (5%) de descuento, si paga con cheque, efectivo, o tarjeta de débito.

_____ Opción 2 Pagos divididos (montos superiores a \$1000.00). Se le harán 3 cargos automáticos en su tarjeta de crédito. El día que se le realiza el tratamiento deberá cancelar la primera cuota. Esta opción el sólo para los pacientes que NO tienen seguro dental, o en su defecto que no lo esten usando.

_____ Opción 3 Un reclamo puede ser sometido a su compañía de seguro. Su deducible y la diferencia que no cubre su seguro debe ser cancelada el día que se inicie el tratamiento. La oficina someterá el reclamo a la compañía de seguro por usted, en esta opción **NO** hay convenios de pago (planes de pago).

Nosotros estamos complacidos de aceptar su seguro, **sin embargo, cualquier balance que quedara pendiente a cancelar y tuviera más de 90 días desde su vencimiento, el paciente es responsable por ello, se le cargará interes (24% annual) pasada esta fecha.** Su seguro dental es un contrato entre usted y la campaña de seguro, por ello es **SU** responsabilidad conocer los beneficios y estar atento que los reclamos sean pagados a tiempo.

Si usted no puede asistir el día de su cita, debe notificar a la oficina 48 horas antes; de lo contrario habrá un cargo de \$50.00 por cada media hora.

Por cheque devuelto habrá un cargo de \$35 el cual será cargado a la cuenta del paciente. Éste debe ser pagado dentro de los 10 días siguientes a la notificación a fin de evitar gestiones de cobranza. Sí una cuenta es enviada a la agencia de colección o abogados, el paciente o representante legal del paciente será responsable por todos los gastos incurridos, el cual es 35% sobre el saldo e intereses que genere. Estos serán sumados a su balance.

Yo certifico que he leído y aceptado todas las condiciones antes mencionadas. Con mi firma acepto que procesen cualquier reclamo, y acepto totalmente los cargos incurridos.

Firma _____ Fecha _____

Nombre (en letra de molde): _____