

'Politica Financiera Escrita

First Name - Patient

Last Name - Patient

Patient Date of Birth

Dentista que Asiste: Dr. Lago



Gracias por elegir a Bella Sonrisa Dental. Nuestra misión principal es brindar la mejor y más completa atención dental disponible. Una parte importante de la misión es hacer que el costo de la atención óptima sea tan fácil y manejable para nuestros pacientes como sea posible, ofreciendo varias opciones de pago.

Opciones de Pago: Cash, Visa®, MasterCard®, American Express® or Discover Card®, CareCredit Healthcare Credit Card pagos mensuales.

Obligación de Pago: Bella Sonrisa Dental requiere pago antes de completar su tratamiento. Si decide interrumpir la atención antes de que se complete el tratamiento, recibirá un reembolso menos el costo de la atención recibida (los costos de laboratorio no son reembolsables).

Aceptamos pagos en tercios para tratamientos de más de \$800. Para planes que requieren más de 3 citas, se pueden proporcionar arreglos de pago alternativos.

Seguro: Para pacientes con Seguro Dental, nos complace trabajar con su proveedor para maximizar su beneficio y facturarlos directamente por el reembolso de su tratamiento. Sus beneficios dentales se basan en un contrato hecho entre usted o su empleador y una compañía de seguros. NO estamos involucrados en ese contrato. Estimamos su porción en función de la información más actualizada que tenemos, pero solo ES UN ESTIMADO. En última instancia, usted es responsable del pago, así que tenga en cuenta que si no recibimos el pago de su compañía de seguros dentro de los 90 días, será responsable del pago de sus tarifas de tratamiento.

Citas perdidas: Entendemos que a veces surgen circunstancias que impiden que los pacientes cumplan con sus citas. Si necesita reprogramar una cita, comuníquese con la oficina con 48 horas de anticipación para evitar un cargo de \$ 25.00.

Consentimiento financiero: El paciente (titular de la cuenta) acepta ser totalmente responsable del pago total del tratamiento realizado en esta oficina. Entiendo y acepto esta Política y Acuerdo financiero. Además, autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con este reclamo o cualquier información de seguro. Entiendo que soy responsable de todo el tratamiento dental no cubierto por mi seguro.

Print name

Signature

Clear