



Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Política Financiera para Pacientes

Estamos comprometidos a brindarle una atención dental excelente y expectativas financieras claras. Por favor, tómese un momento para revisar nuestras políticas financieras a continuación.

Métodos de Pago

Aceptamos las siguientes formas de pago:

- **Efectivo**
- **Zelle**
- **Tarjetas de crédito principales** (Visa, MasterCard, American Express, Discover)
- **Servicios de pago seleccionados:** Colaboramos con servicios de financiamiento de terceros (por ejemplo, [CareCredit, Sunbit, etc.]) para pacientes que califiquen. Por favor, consulte con nuestro equipo de recepción para obtener más información o ayuda con el proceso de solicitud.

Todos los pagos deben realizarse en el momento en que se prestan los servicios.

Seguro Dental

Como cortesía, enviaremos reclamaciones a su proveedor de seguro dental. Sin embargo:

- Usted es **responsable de entender su cobertura de seguro**, incluidos deducibles, copagos y beneficios.
- Cualquier **porción estimada del paciente** debe pagarse en el momento del servicio.
- La **responsabilidad financiera final** recae sobre el padre/tutor por todos los cargos no cubiertos por el seguro, incluidos los reclamos denegados.

Recomendamos comunicarse con su proveedor de seguros antes de su cita para verificar su cobertura y beneficios.

Estimaciones Previas al Tratamiento

Si lo solicita, podemos proporcionarle una estimación por escrito de los cargos según su plan de tratamiento propuesto. Tenga en cuenta que esto es solo una estimación y puede cambiar según los hallazgos clínicos y los pagos de su aseguradora.

Citas Perdidas / Cancelaciones

Para ayudarnos a brindar una atención eficiente a todos los pacientes, requerimos al menos **48 horas de aviso** para cancelaciones. Se puede cobrar una **tarifa de \$250** por ausencias sin aviso o cancelaciones tardías.

Pagos Devueltos

Los pagos electrónicos rechazados estarán sujetos a una **tarifa de servicio de \$25.00**.

Saldos Pendientes

Los saldos que no se paguen después de 30 días pueden estar sujetos a actividades de cobranza y/o cargos financieros. Por favor, comuníquese con nuestra oficina si necesita un plan de pago o si está enfrentando dificultades económicas. Si no realiza los pagos a tiempo, usted será responsable de todos los costos de cobro de las cantidades adeudadas, incluidos los costos judiciales, los honorarios de la agencia de cobranza y los honorarios de abogados.

Reconocimiento

Al firmar a continuación, usted reconoce que ha leído y entendido esta Política Financiera y acepta cumplir con sus términos.

Nombre del Padre/Madre o Tutor: _____

Relación con el paciente: _____

Firma: _____

Fecha: _____