401 SW 42 Ave. Suite 302 Miami Fl 33134 Phone: 305.445.4646

Póliza Financiera

Validado por mi firma en la parte inferior de este formulario, entiendo y acepto que:

Todas las deudas del pacientes deben ser pagadas inmediatamente después de que se haya realizado el tratamiento. Por favor, pregúntenos si está interesado en obtener información sobre financiamiento externo, que puede permitirle financiar su tratamiento en pagos mensuales bajos. Si decide no continuar con el plan de tratamiento, y ha firmado un acuerdo con una compañía externa de financiamiento, podría incurrir un cargo.

En caso de que se acumule una deuda, se enviará un estado de cuenta y el pago debe realizarse en su totalidad, en la fecha del mismo. De no realizarse el pago dentro de 30 días, pueden aplicarse intereses al balance total de la cuenta. Si se le aplica intereses, se le enviará un estado de cuenta revisado con el nuevo saldo que deberá pagarse de inmediato.

Puede aplicarse también un cargo por cheque devuelto que debe ser pagado por usted por cada cheque devuelto por su banco.

El seguro dental es un contrato entre el paciente, su empleador (si corresponde) y el proveedor del seguro. La presentación de reclamos de pago al proveedor de seguros es una cortesía del dentista, no una obligación. En última instancia, soy responsable de cualquier tratamiento no pagado por el proveedor de seguros.

Si hay un seguro dental en la cuenta, entiendo que la oficina ha establecido el saldo del paciente basándose en la información que he proporcionado. El pago del tratamiento definitivo está sujeto a los términos y condiciones de mi proveedor de seguros en la fecha de servicio. Así, hasta que no sea recibido el pago por parte de mi proveedor de seguros, ningún balance de cuenta es final.

Los estimados y los planes de tratamiento se basan en la información obtenida en la evaluación. Al igual que en cualquier tratamiento dental, puede haber ajustes imprevistos del tratamiento y/o complicaciones. Este es solo un estimado preliminar y los cargos de laboratorio (si corresponde) se han estimado e incluido en su totalidad.

Los estimados no toman en consideración ningún pago facturado a mi límite máximo de financiamiento o los límites de tratamiento que pueden haberse utilizado en otras clínicas dentales.

Se enviará una solicitud a mi proveedor de seguros para determinar la inversión final aproximada. Sin embargo, es sólo un estimado. Los estimados finales del seguro se pueden ajustar al recibir las predeterminaciones de costos. Las predeterminaciones de mi (s) proveedor (es) de seguro NO son una garantía de pago.

El tiempo o el número de días entre citas puede requerir modificaciones según sea necesario para lograr el mejor resultado posible. La clínica hará todo lo posible para satisfacer mis necesidades de horario para las citas.

He leído, entiendo y aceptó la póliza financiera anterior para el pago de honorarios profesionales. Entiendo que soy responsable en última instancia de todos los cargos por los servicios prestados a mí y/o a mi familia.

_____

Nombre del Paciente Apellido

_____

Firma del Paciente o Tutor Legal Relación al Paciente

Fecha _____/_____/_____