



SEGUROS Y POLÍTICA FINANCIERA

Gracias por elegir Smith Dental para sus necesidades dentales. Nos damos cuenta de que la situación financiera de cada persona es diferente. Por esta razón, trabajamos duro para proporcionar una variedad de opciones de pago para ayudarle a recibir el cuidado dental que usted necesita.

- **El pago por servicios es requerido en el momento en que se proporciona el servicio.** Las formas de pago aceptadas incluyen dinero en efectivo, cheques, Visa, MasterCard, American Express, Discover y Care Credit.
- **Pacientes de seguros:** Sus beneficios dentales se basan en un contrato hecho entre su empleador y una compañía de seguros. Si tiene alguna pregunta acerca de sus beneficios dentales, contacte directamente a su empleador o compañía de seguros. Los planes de beneficios dentales nunca pagarán por la terminación de su cuidado dental. Sólo tienen la intención de ayudarle.

Aceptamos la mayoría de los planes de seguro. Esto significa que trabajamos con **literalmente cientos de empresas**. A pesar de que mantenemos historiales de pago computarizados por una empresa dada, **estos cambian**; por lo cual **no nos es posible** darle una cotización garantizada en el momento del servicio. Estimamos su porción basándonos en la información más actualizada que tenemos, pero **sólo es una estimación**. Las compañías de seguros no nos proporcionan cargos precisos para ningún procedimiento.

- Le facturamos a su compañía de seguros como una cortesía para usted. Si su seguro no paga dentro de 60 días, **Smith Dental** se reserva el derecho de solicitar el pago de usted, en su totalidad, por los servicios prestados y le permitirán recoger los fondos que se le deban de su seguro. Esto es raro, pero es importante que usted reconozca que el seguro que tiene es un contrato legal entre **USTED y su compañía de seguros**. Nuestra oficina no es y no puede ser parte de ese contrato legal. **En última instancia, usted es responsable de todos los cargos incurridos en nuestra oficina.**
- **Pacientes sin seguro:** Se requiere pago **en su totalidad en el momento del servicio**. Entendemos que sin el seguro dental puede ser difícil, especialmente si hay necesidades dentales extensas. Por favor consulte con nuestro coordinador de tratamiento para opciones de pago incluyendo 3^{ra} opciones de financiamiento del partido como el crédito de cuidado.
- **Pacientes menores:** El adulto que acompaña a un menor de edad y los padres (o tutores) son responsables de **pago completo**, independientemente de la orden de manutención de la corte. En el caso de menores no acompañados, no se realizará ningún tratamiento de emergencia a menos que se hayan efectuado acuerdos previos de aprobación y financiación.
- **Visitas de emergencia:** En caso de **emergencia** después de horas hábiles, se cobrará una tasa de emergencia de \$55 para los pacientes establecidos, además de los honorarios de tratamiento necesarios. Los pacientes que no estén establecidos en la práctica se les cobrará una tarifa de emergencia de \$125 después de horas hábiles.
- **Arreglos financieros:** Reconozco que soy responsable financieramente de todos los cargos. Si es necesario efectuar cobros de mi cuenta debido a esta o subsecuentes visitas, acepto pagar todos los costos y gastos, incluyendo honorarios razonables de abogado. Cualquier cheque devuelto tendrá una cuota de \$35 y no se aceptarán más cheques de ese paciente. Si la cuenta debe ser entregada a una agencia de cobros, por cualquier razón, el 10% del saldo principal se añadirá por intereses, junto con un cargo adicional del 10% de servicio.

He leído el seguro y la política financiera de arriba. Entiendo y acepto cumplir con los términos de la lista.

Firma de la persona financieramente responsable

Fecha