



## POLÍTICAS FINANCIERAS

El principal objetivo de este consultorio es proveerle a Ud. la mejor calidad de atención odontológica disponible. Este documento sirve como un acuerdo recíproco, amigable pero formal, entre Endodontic Associates Group y usted, el paciente/ tutor legal. También creemos que se pueden minimizar los malentendidos si se acuerdan políticas financieras estrictas al comenzar el tratamiento. El propósito de las siguientes declaraciones es familiarizarlo con nuestra política financiera.

### Responsabilidad Financiera del Paciente

**Pacientes sin seguro** – Usted es responsable de pagar los honorarios de consulta y tratamiento al tiempo del servicio.

**Pacientes con seguro** – La aceptación de trabajos por medio de seguros dentales por parte de este consultorio no absuelve al paciente de plena responsabilidad por los honorarios totales por el tratamiento proporcionado. **Requerimos un pago inicial de 30% de los honorarios totales por el tratamiento proporcionado.** Este pago no absuelve al paciente de responsabilidad por el saldo pendiente luego de que el seguro haya pagado su parte. La estimación provista por este consultorio ha de considerarse como una guía hasta que el pago final del seguro sea recibido y la cuenta del paciente haya sido conciliada. Si sólo se necesita una consulta, podemos requerir pago independientemente de la participación del seguro.

Iniciales del paciente \_\_\_\_\_

### Acuerdo de Colecciones

Si es necesario, nosotros tenemos su autorización para divulgar su información mínima a agencia(s) de cobros para obtener honorarios no pagados de su cuenta pendiente.

Iniciales del paciente \_\_\_\_\_

### Cheques Rechazados, Pagos ACH, Cheques NSF, Citas No Cumplidas

Cobramos un **recargo de \$25 por alguna forma de pagos rechazados**, como pagos detenidos en tarjetas de crédito y/o cheques sin suficientes fondos (NSF), cheques rechazados, y/o arreglos de pagos (ACH) rechazados.

Pedimos su consideración de llamarnos si no podrá asistir a su cita. En casos de citas no cumplidas con menos de 24 horas de aviso, **se cobrará una tarifa de \$75.**

Iniciales del paciente \_\_\_\_\_

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Personal de Endodontic Associates \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_