

## POLÍTICA FINANCIERA PARA NUESTROS PACIENTES

Personal Care Dental Group, LLC

### SERVICIOS DE CUENTAS QUE OFRECEMOS:

- Presentar reclamaciones de seguro primario dentro de un período de llenado oportuno después de la fecha de servicio
- Presentar reclamaciones de seguro secundario después del pago del seguro primario recibido
- Proporcione información a su compañía de seguros, según lo solicitado
- Comuníquese con la compañía de seguros si la reclamación no se paga dentro de los 45 días posteriores a la
- Declaración detallada por correo a usted

### SU RESPONSABILIDAD:

- Proporcione la información correcta de seguro y facturación en el momento del servicio
- Pagar copagos en el momento del servicio
- Responda inmediatamente a la correspondencia de la compañía de seguros con respecto a las reclamaciones presentadas por Personal Care Dental Group en su nombre
- Comuníquese con su compañía de seguros si su reclamo no ha sido pagado, o si no hemos recibido una Explicación de Beneficios dentro de los 45 días
- Pagar el saldo de la cuenta al recibir el estado de cuenta inicial

Usted es responsable del pago de su cuenta, independientemente de la cobertura del seguro. No aceptamos la responsabilidad de cobrar o negociar acuerdos de seguro. NUNCA podemos garantizar que su compañía de seguros cubrirá el tratamiento. Hacemos todo lo posible para estimar y predecir lo que su seguro pagará. Sin embargo, en un clima en constante cambio, esta predicción de los beneficios cubiertos se ha vuelto aún más difícil.

**EN EL CASO DE QUE SU COMPAÑÍA DE SEGUROS NO PAGUE DESPUÉS DE 60 DÍAS, POR CUALQUIER RAZÓN, USTED SERÁ RESPONSABLE DE SU SALDO EN SU TOTALIDAD.**

**Iniciales:** \_\_\_\_\_

### OPCIONES DE PAGO:

1. \_\_\_\_\_ Financiamiento: Usted puede financiar su tratamiento dental a través de Care Credit por montos superiores a \$200. (La financiación está libre de intereses con pagos mensuales iguales posteriormente durante 6 meses). Para montos superiores a \$1000, ofrecemos planes de pago extendidos a través de Care Credit por 12 meses de interés gratis; sin embargo, estas opciones acumulan interés para el paciente.
2. \_\_\_\_\_ Pago en efectivo, cheque personal, Visa, MasterCard, Discover o American Express por parte total del paciente en la fecha de servicio. El pago se debe realizar el día del servicio.

### POLÍTICA DE OFICINA:

- **Nos reservamos el derecho de cobrar intereses por la cantidad de 1.5% por mes. Todos los saldos de más de 60 días están sujetos a esta tarifa.**
- **La tarifa de emergencia después de la hora es de \$150, además de los servicios realizados. Esto NO se factura al seguro y es responsabilidad del paciente en el momento del servicio**
- **Habrà una tarifa de \$50 por fondos insuficientes para cubrir un cheque**
- **LAS CITAS QUE SE CANCELAN SIN 24 HORAS HÁBILES DE AVISO Y TODAS LAS CITAS PERDIDAS DARÁN COMO RESULTADO UN CARGO DE \$50 A SU CUENTA**

**Iniciales:** \_\_\_\_\_

**RECONOCIMIENTO:** Si mi cuenta se envía a una agencia de cobro o a un abogado por falta de pago, seré responsable de los honorarios de cobro, honorarios de abogados e intereses devengados, además de mi saldo no pagado.

**Certifico que he leído y entiendo todo lo anterior. Todas mis preguntas han sido respondidas.**

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Testigo del personal \_\_\_\_\_

Personal Care Dental Group, LLC se reserva el derecho de cambiar y/o actualizar nuestra política financiera sin previo aviso por escrito.