

CARSON CITY PEDIATRIC DENTISTRY

POLISA FINANCIERA

Porfavor recuerde que nosotros estamos aqui para servirle de una manera comoda y profesional. Nuestra meta es proveerle un servicio dental de calidad.

SEGURO DENTAL Y PAGOS

- **HONORARIOS DENTALES SERAN REQUERIDOS EL DIA DE SU CITA.** Para tratamientos de \$500 o mas, requerira de un convenio financiero con nuestra coordinadora financiera o gerente.
- **Para los pacientes con seguro dental:**
 - Su cobertura es un contrato entre su empleador, usted y su compañía de seguro.
 - No todos los servicios prestados son cubiertos por su seguro. Cualquier balance, ya sea que seguro no haya pagado, es su responsabilidad.
 - Todos los reembolsos de el seguro son asignados directamente Carson City Pediatric Dentistry, al menos que estos hayan sido pagados antes en su totalidad.
- **Opciones de Pagos:** aceptamos: VISA, MasterCard, Discover, American Express, efectivo y cheques.
- **Plan de Pagos:** en unico plan de pago que tenemos es con la compañía Care Credit, la cual le da 3, 6, 12 meses para pagar sin intereses.

POLISAS

- La persona responsable de la cuenta es, la persona que autoriza tratamiento dental para su niño/niña.
- **CHEQUES** : Habra un cargo de \$35.00 por cheques que sean devueltos o cancelados.
- **CARGOS ATRASADOS:** Habra un cargo del 1.5% de interes todos los meses para cuentas atrasadas.
- **CUENTAS ATRASADAS:** Si su cuenta esta atrasada, tomaremos medidas necesarias para cobrar esa deuda. si tenemos que referir su cuenta a una agencia de cobros o a un abogado usted se compromete a pagar todos los gastos adqueridos.
- **Collection:** cualquier cuenta que no haya recibido pagas mas de 60 dias sera mandada a nuestra compañía de collection. Esto impactara negativamente su credito y una vez que este en collection ya no lo podremos ver en nuestra oficina.
- **RENUNCIA DE CONFIDENCIALIDAD:** Usted entiende que esta cuenta se convertirá en un asunto de registro público si tenemos q adquirir el servicio de una agencia de cobros o un abogado.

Polisa de Citas

- Es cortesia de nuestra oficina en mandarle un mensaje texto para recordarle de su cita 1 semana antes . Despues se le llamara 3 dias antes de su cita para confirmarla si no recibimos respuesta de usted 48 horas antes de la cita, nosotros reservamos el derecho de cancelar su cita y de darcela a otro paciente que la necesite.
- Requerimos 48 horas de anticipacion para cancelar o cambiar una cita. Si no recibimos 48 horas de anticipacion, nosotros reservamos el derecho de cobrarle \$80 por la cita perdida o cancelada. Si usted pierde 2 o mas citas no le volveremos hacer otra cita y lo despediremos de nuestra oficina.
- Cuando usted llega tarde a su cita , eso causa atrazos en nuestro horario y no es justo para los otros pacientes que llegan a tiempo. Si llega tarde veremos si podemos verlo o le volveremos hacer otra cita.

- Es imposible darle citas por las tardes a todos nuestros pacientes. Nosotros queremos reservar esas horas para nuestros pacientes de 6 años en adelante. A nuestros de 5 años y menores es mejor verlos durante el día ya que tienen mejor actitud y cooperan mejor.
- Ya que las citas por la tarde son las mas requeridas por todos los padres de familia, hemos hechos algunos cambios, la ultima cita para 1 hora tratamiento dental sera a las 2:30 o 3:30pm para un tratamiento de 30 minutos. Tambien estaremos alternando citas, si usted tuvo en cita en la tarde su proxima cita sera en la mañana. Asi podemos darle oportunidad a otros pacientes que quieran citas por la tarde.

Gracias por entender nuestra polisa financiera y nuestra polisa de citas. Si tiene alguna pregunta por favor dejenos saber.

He leído y entiendo la polisas.

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre del Papa/Mama _____

Firma _____ Fecha _____