

# First Choice Dental Care Política Financiera

**Gracias**, por elegir a 1<sup>st</sup> Choice Dental Care para proveerle su cuidado dental. Estamos confiados que su tratamiento será de su agrado. Entienda por favor que el pago de su cuenta está considerado una parte de su tratamiento. Lo que sigue es una declaración de nuestra política financiera, cuál requerimos que usted lea y firme antes de cualquier tratamiento.

- El pago completo es pagadero a la hora de servicio
- Aceptamos: Cash, Cheque, Care Credit, Visa y Master Card
- Citas canceladas o ausencias con menos de 48 horas de aviso, se le añadirá un cargo de \$25.00.

## **Con respecto a Seguro:**

Le requieren pagar el deducible y los % que su seguro no cubre en cada visita. Aceptamos la asignación de las ventajas de seguro y nos placeremos someter una demanda a su compañía de seguros para usted. No podemos mandar la cuenta a su compañía de seguros a menos que usted traiga TODA la información del seguro y si es necesitada, una forma de demanda original. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su portador de seguro. No somos un partido a ese contrato. Nuestra oficina se esfuerza proporcionar la calidad confiable, y cuidado dental estético. La solución "menos" costosa del seguro está raramente en el mejor interés de la salud del paciente. Es importante entender que las compañías de seguros crean un contrato con el patrón del paciente.

Su plan puede no caber en sus requisitos totales de su salud Pueden y aplican las cláusulas que limitan su nivel de la cobertura, poniendo responsabilidad única en el paciente.

**CUALQUIER cantidad adeudada después de que el seguro pague, es su responsabilidad.**

Por favor esté enterado, algunos y quizás todos los servicios proporcionados pueden ser servicios no cubiertos bajo su póliza de seguro. También tenga presente que algunos procedimientos han restringido su frecuencia, en cuanto a cómo pueden ser administrados a menudo. La compañía de seguros no es competente para diagnosticar, pero pueden aplicar sus reglas a la política La negación del pago refleja solamente la resistencia de la compañía de seguros a la paga y no a la carencia de la necesidad del tratamiento rendido. **El pago completo todavía se requiere.**

**Por Favor quede notificado que todo cheque devuelto tiene un cargo adicional de \$40.00.**

**HE LEÍDO LA POLÍTICA FINANCIERA ARRIBA. ENTIENDO Y CONVENGO LOS TÉRMINOS DE ESTA POLÍTICA FINANCIERA.**

Firma o partido responsable: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_