

POLIZA FINANCIERA

Gracias por elegirnos para el cuidado de su salud dental. Por favor lea cuidadosamente nuestra póliza financiera. Nuestra principal preocupación es proveerle con el mejor tratamiento posible para establecer y para mantener su salud oral. Por lo tanto, si tiene alguna inquietud sobre nuestras pólizas de pago por favor no dude en hablar con nuestra recepcionista. Pedimos que todos los pacientes lean y firmen nuestra póliza financiera, así como completen nuestra forma de información del paciente antes de ver al doctor.

Debe saber que el padre que trae al niño a nuestra oficina es legalmente responsable del pago de todos los cargos. No podemos enviar los estados de cuenta a ninguna otra persona.

Opciones del pago:

El pago es en el momento que los servicios son prestados. Aceptamos efectivo, cheque, y para su conveniencia tarjetas de crédito. (MasterCard, Visa, y Discover.)

Asignación de los beneficios del seguro:

Si usted desea que aceptemos los pagos directamente desde su compañía de seguros, usted tendrá que estar de acuerdo con los términos siguientes:

1. Si su póliza de seguros es un contrato entre usted, su empleador, y la compañía de seguros. Nosotros NO formamos parte de ese contrato. Nuestra relación es con usted, no con su compañía de seguros.
2. Todos los cargos son su responsabilidad, ya sea que su compañía de seguros pague o no. No todos los servicios están cubiertos en todos los contratos. Algunas compañías de seguros seleccionan arbitrariamente ciertos servicios que no cubrirán. Los cargos para estos servicios, junto con deducibles y co-pagos deben ser pagados cuando va a recibir su tratamiento. Estimaremos sus co-pagos lo mas aproximadamente posible basado en la información del seguro que usted proporciona.
3. Requerimos una tarjeta de crédito actual en archivo y una autorización firmada por usted. Puede estar seguro de que su información será mantenida con la mayor confidencialidad.
4. Cuando recibimos un pago de su compañía de seguros le enviaremos el estado de cuentas con el balance restante. Si no recibimos pago alguno después de 30 días cobraremos el balance de los cargos restantes ese día a su tarjeta de crédito. Si hay un crédito valido en la cuenta de la familia, le enviaremos el reembolso. Por cortesía le llamaremos con respecto a los cargos a su tarjeta de crédito.
5. Si su compañía de seguros, primaria o secundaria no paga su balance por completo en el plazo de 30 días, le pedimos por favor que usted entre en contacto con su seguro para acelerar el proceso.
6. Si no recibimos el pago de su compañía de seguros, primario, o secundario si fuera aplicable, en el plazo de 45 días de la fecha de servicios, los cargos de dicha fecha serán cargados a su cuenta.
7. Si usted no desea mantener su información de la tarjeta de crédito archivada con nosotros, entonces requeriremos el pago completo a la hora de su visita, y haremos que su compañía de seguros le reembolse directamente.

Balances de mas de 30 días pueden estar conforme a cargos de pago tardío de 1½ % por mes (el 18% por año), mas los costos de colección, y de abogados en caso de que su cuenta sea mandada a colección. Los cheques sin fondo devueltos por el Banco estarán sujetos a un cargo.



SMARTDENTAL LLC - 1045 WHALLEY AVE NEW HAVEN, CT 06515 FAX: (203) 389-6702 - PHONE: (203) 389-6701

Si por alguna razón usted no puede asistir a una cita, por favor infórmenos al menos 72 horas por adelantado. Reservamos el derecho de aplicar un cargo de \$50.00 dólares cuando usted no aparezca a su cita.

Entendemos que problemas financieros temporales pueden afectar el pago oportuno de su balance. Le animamos a que comunique cualquier problema de modo que podamos asistirle en el balance de su cuenta. Si usted tiene cualquier pregunta siéntase libre de hablar con cualquiera de nuestro personal. Una vez mas gracias por elegirnos para cuidar de su salud dental. Apreciamos su confianza en nosotros y apreciamos la oportunidad de servirle.

Concedo mi permiso a usted o a su asignado de llamarme por teléfono a la casa o al trabajo para discutir asuntos relacionados con esta forma. He leído y he recibido una copia de la póliza financiera de SmartDental y estoy de acuerdo con las condiciones antedichas de tratamiento y de pago.

Fecha: _____

Firma del Paciente/ Persona Responsable

Nombre

Titular de la Tarjeta

Firma

Numero de Cuenta:

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

Fecha de vencimiento: _____

Codigo de seguridad: _____



CVC Security Code

back of your credit card

Actualizaciones:

