

## Acuerdo Financiero

Nuestro objetivo principal es ofrecer la atención odontológica de más alta calidad. El costo del tratamiento debe pagarse en el momento en que se recibe el servicio. Ofrecemos las siguientes opciones de pago:

- Aceptamos dinero en efectivo o cheques
- Aceptamos VISA, MasterCard, Discover y American Express
- También aceptamos Care Credit (solicite los detalles)

**En el caso de pacientes con seguro dental**, la persona responsable deberá abonar la parte estimada y/o deducible que le corresponde al paciente el día en que se preste el servicio. El seguro recibirá una factura como cortesía; sin embargo, tenga en cuenta que **si la compañía de seguros no realiza el pago dentro de los 30 días, la persona deberá pagar la totalidad de la suma. Es responsabilidad del paciente conocer y entender sus beneficios de seguro.** Los honorarios cotizados en nuestro consultorio son solo montos estimados. Debe entender que las compañías de seguros pagan los beneficios según su propio sistema de honorarios. Nos resulta imposible conocer todos los sistemas de honorarios de seguros y sus limitaciones. No tenemos inconveniente en presentar una autorización previa si usted lo solicita, en caso de que no esté seguro de cuál es su cobertura y limitaciones.

Algunos procedimientos no están cubiertos por todas las compañías de seguros. El paciente es responsable de cualquier costo que no esté cubierto por su compañía de seguros. En nuestro consultorio, utilizamos un material de empaste blanco. Tenga en cuenta que algunas compañías de seguros solo pagan beneficios para empastes de color plateado. **La persona responsable debe pagar la diferencia, si la hubiera, entre los dos precios.**

De acuerdo con la ley federal "Truth-In-Lending Act" (Ley de Transparencia en Operaciones de Crédito), tenga en cuenta que se cobrara un interés de 18% anual sobre saldos en mora no pagados. El abajo firmante específicamente acepta pagar todos los honorarios de abogados y costos judiciales razonables en caso de que se tomen medidas legales para cobrar la cuenta. El abajo firmante además acepta pagar un monto adicional que represente el cincuenta por ciento (50%) del saldo del capital si la cuenta se envía a una agencia de cobranzas o abogado para su cobro. Los términos del presente párrafo se aplican a todos los montos en los que yo incurra o en los que incurra cualquier persona sobre la cual tenga responsabilidad legal, ya sea que se incurra en dichos montos en el día de hoy o de aquí en adelante.

Por el presente autorizo a Laser & Cosmetic Dentistry Of Delray y a todos sus asociados a divulgar toda y cualquier información médica u odontológica a la compañía de seguros. Por el presente autorizo el pago directo de los beneficios del seguro que de lo contrario yo debería recibir a Laser & Cosmetic Dentistry Of Delray y a todos sus asociados. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquiera y todos los cargos que no estén cubiertos por esta autorización.

**Hay un cargo de \$30.00 por no presentarse a las citas programadas. Cancelaciones repetidas o citas perdidas resultara en la pérdida de los privilegios de citas futuras. Hay un cargo de \$25.00 por cheques sin fondo.**

He leído y entiendo las políticas anteriores y acepto los términos del presente acuerdo.

Firma de la persona autorizada: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_