



## Acuerdo Financiero

Es nuestro objetivo mantener los costos lo más bajos posibles. Si usted tiene seguro dental, enviaremos el reclamo por usted. Si usted no dispone de seguro dental, aceptamos efectivo y todas las mayores tarjetas de crédito y débito. Aceptaremos pago con cheque de pacientes ya establecidos.

### *Seguro dental:*

Por favor tenga presente que su póliza de seguro dental es un contrato entre usted y dicha compañía de seguros. Nosotros no tomamos parte en dicho contrato. Aceptaremos su seguro dental una vez que usted nos proporcione información completa sobre dicho seguro y luego de verificar cobertura. Pago de su deducible y la porción que le corresponde son requeridos al momento de recibir el servicio. Puede ser que algunos de los servicios proporcionados no sean cubiertos ni considerados necesarios por su seguro dental. Usted será responsable del pago de cualquier determinación arbitraria que haga su compañía de seguro sobre cargos habituales. Si el paciente es menor de edad, el adulto que lo acompañe será responsable del pago en su totalidad.

### *Asignación de beneficios del seguro:*

Autorizo a que mi seguro dental realice pago directo a **Art of Dentistry** por los servicios a los cuales tengo derecho por el servicio dental.

Entiendo que, aún cuando **Art of Dentistry** hará todo lo posible por darme un estimativo lo más acertado posible, todo costo que se me presente, en persona, por escrito, por teléfono, o cualquier otro comunicado usado por **Art of Dentistry**, tan sólo será un estimativo basado en la información proporcionada por mi seguro dental.

Entiendo que si los servicios dentales proporcionados no están bajo contrato con mi seguro dental, o si he agotado la cobertura de dicho seguro, el costo de dichos servicios en su totalidad será mi responsabilidad.

### *Citas perdidas:*

Pedimos nos dé 24 horas de notificación si debe cancelar su cita. Si usted llegara a perder dos citas sin aviso, requeriremos que pague el costo de su siguiente cita previo a que se la programemos. Nos reservamos el derecho a negar citas futuras debido a repetidas citas perdidas, canceladas, o tardanzas.

### *Saldo pendiente:*

Si su cuenta con nosotros llegara a incurrir una deuda atrasada, tomaremos las medidas necesarias para cobrar dicho saldo. Entiendo que cualquier tarifa de abogado, costos de corte, y de la agencia de colecciones será mi responsabilidad y que será agregada a mi cuenta. Si su cheque fuere devuelto por el banco, usted será responsable de una tarifa de \$25.00 por cada vez que esto suceda. Se agregará a su saldo un cargo financiero de 1.5% por mes si su cuenta estuviere atrasada 30 días o más.

### *Historia de Crédito:*

Si usted incurriera una deuda atrasada, nos reservamos la opción de revisar su historia de crédito y de comunicar su historia de cuenta con nosotros a cualquier agencia de crédito.

He leído este Acuerdo Financiero y entiendo y acepto sus términos.

---

Firma del paciente o del guardián

---

Fecha