

Acuerdo Financiero

Gracias por elegir nuestra oficina. Nuestro objetivo principal es ofrecerle una atención dental integral en un entorno cómodo. Se espera el pago en el momento en que se presten los servicios. **Los beneficios están determinados por su empleador, no por nuestra oficina. No temenos control sobre su plan. Presentaremos reclamaciones en sun ombre.** Independientemente de si su compañía de seguros paga o no, usted es responsable del balance. Ofrecemos las siguientes opciones de pago:

- VISA, MasterCard, Discover, y American Express
- Cheque
- Efectivo
- Care Credit, una línea de crédito de atención médica de bajo interés.
- Pagos en línea (www.dentistsouthshore.com)

Si el pago por los servicios ya prestados no se ha realizado en su totalidad dentro de 90 días, ya sea por usted o su compañía de seguros, el balance remanente por el tratamiento será considerado cobrable independientemente del estatus de su reclamación.

Nos reservamos el derecho de cobrar y recaudar tarifas por citas que se cancelen o a los que no se presente sin previo aviso de dos días hábiles. Las citas se reservan exclusivamente para usted. Consideramos tres citas no presentadas como motivo para expulsarle de nuestra oficina.

Tenga en cuenta que cargamos interes sobre el balance adeudado después de 90 días a una tasa del 1% (Tasa Anual de Interés del 12%) por mes.

Se agregará una tarifa cobrable de \$30 al balance de su cuenta por cheque devuelto.

Yo, _____ entiendo este contrato, y estoy de acuerdo con los términos explicados anteriormente.

Firmado, _____ Fecha _____

Permiso para Facturar al Seguro

Yo doy permiso a The Dentists South Shore para facturar a mi compañía de seguros y enviar cualquier información necesaria pertinente a mi tratamiento para obtener el pago de ellos en mi nombre.

Firmado _____ Fecha _____