



Nuestro objetivo en Friendship Smiles es ayudar a establecer una excelente salud oral. estamos comprometidos a ayudar a determinar el tratamiento más adecuado para sus necesidades dentales y deseos. Si usted tiene preguntas acerca de su tratamiento, la secuencia de tratamiento, o el costo por sus servicios, por favor, pedir aclaraciones antes de comenzar el tratamiento

Nuestra política financiera es la siguiente:

- Aceptamos dinero en efectivo, Master Card y Visa
- El pago se debe pagar en el momento de servicio.
- Planes de de pago están disponibles a través de Care Credit, con opciones de pago disponibles hasta cinco años a tarifas fijas.
- Seguro, seguro es un contrato entre el paciente y/o el empleador y la compañía de seguros. No es un contrato entre nuestra oficina y su compañía de seguros. Estaremos encantados de atenderle mediante la presentación de su reclamación de seguro y responder a los detalles que el seguro pueda requerir. Nosotros no podemos ser responsables por el pago por la compañía de seguros. La responsabilidad de pago pertenece al paciente.
- Le proporcionaremos balances estimados entre el costo del servicio y el co-pago de su seguro. La predeterminación de beneficios puede ser recomendable si hay una pregunta relativa a la cobertura.
- Vamos a aceptar la asignación de prestaciones sujetas a la verificación de la cobertura del seguro.
- Los planes de tratamiento extendidos se describirán de manera que el pago correspondiente podrá hacerse en cada fase del tratamiento iniciado

Se reserva el derecho de aceptar o rechazar ciertos planes de seguro a nuestra discreción. Si aceptación su plan de seguro, un mínimo de 20% de co-pago se debe pagar en el momento del servicio. Si su compañía de seguros no ha pagado el balance total dentro de 60 días usted tendrá 15 días para pagar el balance. Un cargo financiero mensual de 1.65% se añadirá a cualquier balance no pagado después de 60 días a partir de la fecha del servicio.

En caso de que su plan de seguros sea negado, el pago total se espera en el momento de servicio al menos que arreglos previos hayan realizado a través de nuestra recepción. Un cargo financiero mensual de 1.65% se añadirá a cualquier balance no pagados después de 60 días desde la fecha de servicio.

Por favor recuerde que usted es responsable de pagos puntuales de su cuenta. En caso de que sea necesario referir su cuenta a una agencia o un abogado para la colección, también será responsable de todos los costos asociados con la colección, incluyendo los honorarios de abogados y costas judiciales.

EXPEDIENTES Y REMBOLSOS: Los expedientes originales, como las radiografías son propiedad de la oficina. Si usted desea que se le proporcionara una copia de sus expedientes o radiografías hay una cuota mínima de duplicación de \$ 25.00.

Cualquier reembolso de tratamientos que no se han llevado a cabo se harán dentro de 10 días después de que haga una solicitud por escrito, el reembolso se hará en la forma de pago, a excepción de los reembolsos en efectivo se hará por medio de cheque.

Yo entiendo la póliza anterior y estoy de acuerdo con los términos aquí establecidos.