



601 E. Arrellaga St. Suite 201
Santa Barbara, CA 93103-2276
Tel: (805) 687-1106
www.pachecomedina.com

POLIZA FINANCIERA

Arreglos financieros se tienen que hacer primero, antes de recibir el tratamiento. El funcionamiento de esta oficina dental depende de los pagos que hace el paciente por los tratamientos recibidos y por lo tanto, la responsabilidad para el pago por parte de cada paciente tiene que ser determinada antes del tratamiento. Todo tratamiento de emergencia o cualquier servicio dental recibido, sin haberse hecho un arreglo previo por los pagos debe ser pagados al contado en el momento del tratamiento.

Pacientes que están asegurados deben entender que todos los servicios dentales son cargados directamente a el o ella, y que el o ella son personalmente responsables por el pago de todos los servicios dentales. Esta oficina ayudara a los pacientes a preparar todos los formularios que sean necesarios para cobrarle al seguro y le acreditara el dinero recibido de la compañía de segura a la cuenta del paciente. Aunque esta oficina dental no dará servicios bajo la condición de que el pago será hecho por la compañía de seguro en lugar del paciente.

Yo autorizo a mi compañía de seguro, a pagar directamente ami dentista los beneficios de mi póliza. Un recargo del 1.5% por mes (18% por año, pero nunca mas de lo permitido por la ley del estado) en el balance que debe el paciente será cargado en todas las cuentas que excedan los 60 días, a menos que previamente se hayan hecho arreglos satisfactorios por escrito con esta oficina.

Yo entiendo que el presupuesto de los cargos detallados por este servicio dental pueden ser extendidos solamente por seis meses a partir de la fecha en que fue examinado. En consideración a los servicios profesionales prestados a mi, o solicitados por mi, por el doctor, yo consiento en pagar los precios de dichos servicios a dicho doctor o su designado, o dentro de los cinco (5) días de haber recibido la cuenta, si el crédito ha sido extendido. Además estoy de acuerdo que el precio de los servicios es el que aparece en la cuenta, a menos que yo haya objetado por escrito durante el tiempo que se me dio para pagar los servicios. Además estoy de acuerdo de cualquier rompimiento de estos términos y condiciones por mi parte, no me autoriza el rompimiento de otros términos y condiciones. Además estoy de acuerdo en pagar los costos de abogado en caso que una reclamación se haga en mi contra.

Yo entiendo que tengo la opción de tener un plan de pagos y que puedo recibir información de la persona a cargo de los arreglos financieros de la oficina.

Yo le doy permiso a usted o a la persona designada por usted para llamarme por teléfono a mi casa o a mi lugar de empleo para comentar este formulario.

Si tiene preguntas acerca de su tratamiento dental y/o de las diferentes formas de pago, por favor comuníquelas al personal de nuestra oficina y con todo gusto responderemos sus preguntas.

YO HE LEÍDO LAS CONDICIONES ARRIBA EXPLICADAS Y ESTOY DE ACUERDO CON SU CONTENIDO.

Firma _____ Fecha ____/____/____
Paciente/Persona Responsable M D A

No. De Cuenta _____