

### Pólizas de la oficina

*Gracias por escoger 26th Street Dental center. Nuestro objetivo es ofrecerle mejor y más comprensivo atención dental posible. Una parte importante de nuestro objetivo es haciendo el costo de cuidado optimo más fácil y manejable para nuestros pacientes lo más posible, ofreciendo varias opciones de pago. Les agradecemos teniéndolos como paciente y esperamos poder servirles ahora y por muchos años más!*

**Opciones de pago:** Nuestra oficina acepta todas tarjetas de crédito mayores y también cheques que sean menos de \$500. Ofrecemos un descuento de 5% de cortesía a los pacientes que pagan por su tratamiento en completo antes de recibir los servicios (planes de tratamiento más de \$500). 26<sup>th</sup> Street Dental Center también participa en programas de préstamos para extender crédito sin interés para solicitantes que califiquen para algunos procedimientos. Un 10% deposito puede que se requiera para reservar una cita por un plan de tratamiento más grande y comprensivo que casualmente es más de \$500.

**Garantía de Pago/Asignación de plan de seguro:** Al menos que se indique lo contrario, entiendo que hay tarifas que se deben pro cualquier servicio hecho en la fecha de ese servicio. Yo autorizo el pago por los servicios que me han hecho, y que sean hechos directamente a esta oficina por beneficios de lo contrario pagable a mí. Estos pagos no van a exceder los cargos regulares por este periodo de tratamiento. Yo también entiendo que yo soy responsable de pagar cualquier cargo no cubierto por mis beneficios de seguro, incluyendo pero no limitado a servicios que no sean cubiertos, deducible aplicable y/o co-seguro definido por mis póliza(s), o costos por servicios en el evento que yo no tengo cobertura de seguro.

**Finalización de tratamiento:** En el evento que yo reciba tratamientos como una corona, dentadura, endodoncias, puentes implantes y otros tratamientos como una corona, dentadura, endodoncias, implantes de puente y otros tratamientos que me requieren regresar en el futuro a finalizar, yo soy responsable por regresar a la oficina a completar el tratamiento. Estos tipos de tratamientos casualmente requiere que 26<sup>th</sup> Street Dental Center incurra laboratorio, equipo y costos laborares por adelanto. En el evento que yo no regrese a completar el tratamiento, yo entiendo que aun soy responsable por pagar el costo completo del tratamiento.

**Perdida/Cancelada citas:** Estamos muy agradecidos de los pacientes que llegan a tiempo para sus citas. En el evento que necesite cancelar o hacer otra cita, les pedimos tratamiento un aviso de por lo menos 48 horas en adelanto de su cita. Como una cortesía, nuestra oficina les contactara por email o teléfono a recordarle de su cita(s). Mientras ciertas emergencias y otros asuntos puede ser que sean considerados, 26<sup>th</sup> Street Dental se reserva el derecho a aplicar un costo de \$50 por falta de un aviso adecuado. Esto también puede invalidar cualquier descuento que se les haya ofrecido.

**Balance adeudado pasado y Colección de Servicios:** 26<sup>th</sup> Street Dental Center hace un esfuerzo a ofrecer a todos los pacientes con educación y información al respeto del propuesto y tratamiento completado, también los costos asociados, con la intención que cada paciente haga una decisión informada al resto de su tratamiento. En el evento que no pague un(os) balance(s) pendiente(s), yo entiendo que un 12% tipo de interés será aplicado a cualquier balance adeudado pasado en mis cuentas. Yo también entiendo que si mi balance adeudado sea referido a un abogado o agencia de colección, yo sería financieramente responsable por cualquier costo adicionales incurridos tales como costos de abogado, costos de agencia de colección, costos de la corte, etc. Una tarifa de \$25 estará aplicado a su cuenta por cheques que han sido regresados por falta de fondos/paro de pago.

**Despido de Pacientes:** Nuestra practica tiene orgullo en nuestra odontología y en la relaciones con los pacientes que creen en atención con calidad. Cooperación es un element clave para un tratamiento exitoso. 26<sup>th</sup> Street Dental Center reserve los derechos en despedir pacientes en el interés del servicio al cliente y atención con calidad para todos los pacientes. 26<sup>th</sup> Street Dental Center será feliz a transferir los archivos de los pacientes a otro proveedor a solicitar y aprobar cualquier paciente que sea despedido.

Yo acepto cumplir las pólizas mencionadas arriba. Yo entiendo que si tengo algunas preguntas sobre estas pólizas, yo puedo pedir asistencia y más explicaciones a cualquier momento del equipo de trabajo de 26<sup>th</sup> Street Dental Center.

---

IMPRIMIR NOMBRE DEL PACIENTE

---

FECHA

---

FIRMA DE PACIENTE/PERSONA RESPONSABLE