



GREEN PARK
DENTISTRY

POLIZA FINANCIERA

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención dental. Estamos comprometidos a que su tratamiento sea exitoso. Por favor, entienda que el pago de su factura se considera parte de su tratamiento. La siguiente es una declaración de nuestra Política Financiera que requerimos que usted lea y firme antes de su tratamiento.

EL PAGO COMPLETO ES DEBIDO A LA MOMENTO DEL SERVICIO. ACEPTAMOS DINERO EN EFECTIVO, CHEQUES, VISA / MASTERCARD, DESCUBRIMIENTO, AMERICAN EXPRESS, O FINANCIAMIENTO MEDIANTE CRÉDITO DE CUIDADO.

Respecto al seguro

Aceptamos la asignación de beneficios de seguro después de su segunda visita. Sin embargo, requerimos que un porcentaje de la factura se pague en el momento del servicio. El saldo es su responsabilidad si su compañía de seguros paga o no. No podemos facturar a su compañía de seguros a menos que nos proporcione su información correcta sobre el seguro. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No somos parte en ese contrato. Tenga en cuenta que algunos y quizás todos los servicios proporcionados pueden ser servicios no cubiertos y no se consideran razonables y necesarios bajo su seguro.

Tarifas habituales y habituales

Nuestra práctica se compromete a proporcionar el mejor tratamiento para nuestros pacientes y cobramos lo que es habitual y habitual en nuestra área. Usted es responsable del pago, independientemente de la determinación arbitraria de cualquier compañía de seguros de las tarifas habituales y habituales

Reconocimiento de la Poliza Financiera

El reconocimiento de esta poliza financiera nos permite confiar en la atención de nuestros pacientes. No reconocer esta poliza financiera puede resultar en un deposito o pago antes del tratamiento.

Cargos por pagos atrasados

Las cuentas no pagadas dentro de los 30 días posteriores a la fecha de la factura están sujetas a un cargo financiero mensual del 1.5% excluyendo cuentas con un plan de pago establecido.

Gracias por entender nuestra Política Financiera. Por favor, háganos saber si tiene preguntas o inquietudes. He leído la Política Financiera. Entiendo y estoy de acuerdo con esta Política Financiera.

X _____ Fecha _____

Firma del Paciente o Parte Responsable