

Dr. Mary Huffman, DDS Dentista Familiar

### Política Financiam

Pago por servicios se debe en el momento del tratamiento por uno o más de los siguientes:

- Seguro Dental (aceptamos la mayoría de seguros dentales)
- Efectivo, tarjetas de Débito/Crédito y Cheques
- Care Credit (un plan de pago mensual que requiere la aprobación previa de crédito)

**Seguro:** El seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No somos una parte en el contrato con su compañía; vamos a verificar y presentar su seguro primario como una cortesía a usted. Aunque podemos estimar lo que puede pagar su seguro, es su seguro que hace la determinación final de su elegibilidad. No garantizamos la exactitud de la ESTIMACIÓN DE BENEFICIOS EN RELACIÓN AL PLAN DEL PACIENTE O TRATAMIENTOS. Usted es responsable del pago de cualquier porción de los cargos no cubiertos por su seguro. Los beneficios se pagan de acuerdo con la cobertura vigente en el tiempo de tratamiento y efectivamente están sujetas al plan de máximos, deducibles, seguro factores y cualquier plan específico de otras limitaciones. Es su responsabilidad de entender los términos y los pagos en el tiempo que el tratamiento se dicte.

**Cheques Devueltos:** Se le cobrará una tarifa (actualmente \$30 mas la tarifa de el banco) por cualquier cheque devuelto a nosotros por su banco. Solo se aceptarán para los futuros servicios; pagos en efectivo, crédito o cheques en el balance que permanence o en sus servicios futuros.

**Cuenta Mensual:** Si usted tiene un saldo en su cuenta por cualquier razón, le enviaremos un estado de cuenta mensual. A menos que otros arreglos se acuerden con nosotros, el saldo de su estado de cuenta se debe pagar en la fecha de vencimiento indicada y serán consideradas como cuentas vencidas si no se pagan la fecha indicada.

**Cuentas vencidas:** Si su cuenta se considera como vencida, tomaremos las medidas necesarias para cobrar esta deuda. Si tenemos que referir su cuenta a una agencia de colección, usted podría pagar una tarifa de colección.

**He leído y estoy de acuerdo con la política anterior**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Persona Responsable: \_\_\_\_\_  
(Si no es el paciente)

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

