Política Financiera

Política financiera de los Pediatric Dental Centers.

Fecha de vigencia: 23/07/2023.

Gracias por elegir Pediatric Dental Centers para el cuidado dental de su hijo. Estamos comprometidos a brindarle los mejores servicios dentales posibles mientras mantenemos prácticas financieras claras y transparentes. Esta Política Financiera explica nuestros procedimientos de pago y seguro. Al recibir nuestros servicios dentales, usted acepta los siguientes términos:

Pago por Servicios:

1.1. El pago vence en el momento del servicio a menos que se hayan hecho arreglos previos con nuestra oficina. Aceptamos varias formas de pago, incluyendo efectivo, tarjetas de crédito y cheques personales.

1.2. Para los servicios no cubiertos por el seguro o si usted es un paciente que paga por cuenta propia, se requiere un pago completo al momento del servicio. Ofrecemos varios planes de pago y opciones de financiamiento; por favor consulte con nuestro personal de la oficina para obtener más información.

1.3. Si su hijo tiene seguro dental, estimaremos su parte del costo según la información proporcionada por su compañía de seguros. Sin embargo, esto es solo una estimación y la responsabilidad final del paciente puede variar según su plan de seguro específico.

Seguro:

2.1. Aceptamos la mayoría de los planes de seguro dental y estamos comprometidos a ayudarlo a recibir los máximos beneficios disponibles en la póliza de su hijo.

2.2. Como cortesía, presentaremos reclamos de seguro en su nombre. Sin embargo, comprenda que usted es el responsable final de todos los cargos no cubiertos por la compañía de seguros de su hijo.

2.3. Si la compañía de seguros de su hijo no paga la parte estimada o rechaza el reclamo, usted es responsable del saldo pendiente.

2.4. Todos los copagos, deducibles o servicios no cubiertos vencen en el momento del servicio.

Citas perdidas y cancelaciones:

3.1. Entendemos que las circunstancias pueden requerir que reprograme o cancele citas. Sin embargo, le solicitamos amablemente que nos avise con al menos 24 horas de anticipación para evitar una tarifa por cita perdida.

3.2. Las citas perdidas o las cancelaciones sin previo aviso pueden estar sujetas a una tarifa según lo determine nuestra oficina.

Cuentas morosas:

4.1. Las cuentas con saldos pendientes por más de [30] días pueden estar sujetas a esfuerzos de cobranza y usted puede ser responsable de cualquier costo adicional relacionado con la cobranza.

4.2. Nos reservamos el derecho de suspender el tratamiento adicional para pacientes con cuentas atrasadas.

Responsabilidad financiera:

5.1. Como padre o tutor, usted es responsable de todos los cargos asociados con los servicios dentales brindados a su hijo.

5.2. Al firmar a continuación, reconoce y acepta la responsabilidad financiera descrita en esta política.

Creemos que la comunicación abierta sobre asuntos financieros es crucial para una relación positiva entre el paciente y el dentista. Si tiene alguna pregunta o inquietud acerca de nuestra política financiera, no dude en consultarla con el personal de nuestra oficina. Estamos aquí para ayudarlo a navegar los aspectos financieros de la atención dental de su hijo y brindarle una experiencia placentera.

Nombre del paciente: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Firma del Padre / Tutor: _____

Fecha: _____