



5925 CROMO DR. STE. B, EL PASO, TX 79912 P: (915) 283-4730 | F: (915) 283-6210

POLIZA DE OFICINA Y ACUERDO FINANCIERO

Agradecemos que haya elegido nuestra oficina como tu proveedor de salud. Para comodidad de nuestros pacientes, hemos establecido como política de oficina y acuerdo financiero para su revisión.

Seguro dental

Como servicio a nuestros pacientes, estaremos en la mejor disposición de presentar ante tu seguro los reclamos electrónicos como cortesía.

Es posible que no seamos un proveedor participante de tu plan de seguro. Esto significa que usted es responsable de la diferencia entre nuestra tarifa y la tarifa permitida del seguro. Trabajamos con su compañía de seguros para proporcionarle la estimación más precisa de sus copagos. Es responsabilidad del paciente proporcionar la información de seguro correcta en la primera visita. Se requiere el pago en el momento del servicio para todos los pacientes no asegurados. Los pacientes asegurados son responsables y deben estar preparados para pagar todos los montos que no estén cubiertos por la estimación del seguro. Con los planes de seguro pagando solo una parte del costo del tratamiento, solo podemos estimar lo que pagará su compañía de seguros. El tiempo máximo permitido para un pago de seguro es de sesenta (60) días. Después de sesenta días, el paciente es responsable de todo el saldo. Trabajamos para ayudarlo a recibir los máximos beneficios disponibles bajo su póliza, pero no seremos responsables de cómo su compañía de seguros maneja sus reclamaciones o de qué beneficios pagan en una reclamación; en ningún momento garantizamos lo que su seguro hará o no hará con cada reclamación.

Tarjetas de crédito

Aceptamos VISA y MASTERCARD. Ofrecemos estos para permitirle la mayor comodidad en el cuidado de su cuenta.

Planes de pago

Hemos hecho arreglos con Care Credit Company para proporcionar planes de pago. Esto le permite completar su tratamiento sin demora y hacer pagos mensuales relativamente pequeños. Las solicitudes de crédito de atención están disponibles, y la aprobación puede determinarse en diez minutos. Para su comodidad, puede presentar su solicitud en línea en www.carecredit.com

Cancelaciones Como cortesía para todos los pacientes, solicitamos que se dé un aviso de cuarenta y ocho (48) horas para una cita cancelada. Si no hemos recibido el aviso suficiente, es posible que se aplique un cargo a su cuenta.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

El firmante en esta acuerdo leyó lo que antecede y acepto, ya sea que firme como responsable o como paciente, para pagar a nuestra practica la totalidad de los honorarios profesionales sin tener en cuenta la cobertura del seguro. También está de acuerdo en pagar intereses sobre cualquier saldo durante 90 días a partir de la fecha de servicio. Además, acepta pagar los honorarios de cobro, los honorarios de abogados y los costos judiciales en caso de que se requieran estos medios de cobro.

El abajo firmante acuerda permitir a Prestige Oral and Facial Surgery Center a divulgar cualquier información solicitada por la compañía de seguros y que utilice las fotos de los pacientes (reteniendo todos los nombres) como herramientas educativas dentro de nuestra práctica.

Firma del paciente o tutor legal del menor:

Fecha: