**Póliza Financiera de Clayton Pediatric Dentistry**

Gracias por elegirnos como el hogar dental para su hijo. **El bienestar bucal de su niño es nuestra mayor preocupación.**Para evitar posibles malentendidos, le proveemos nuestra póliza financiera, la cual aplica a todos los pacientes que traiga a CPD. ¿Preguntas o preocupaciones? Por favor Pregunte.

El Pago se realiza al tiempo que se brinden los servicios.Efectivo, Cheques, y todas las tarjetas de crédito principales son aceptados. Están disponibles aplicaciones para nuestras compañías de finanza para pacientes, Care Credit y BeWell. También ofrecemos nuestro servicio de plan de descuento en casa, smile savers, para los que no tienen seguro dental.

**Marque con iniciales a continuación mostrando que entiende y está de acuerdo con lo siguiente:**

Padres o Guardianes legales quienes acompañen a niños menores serán responsables de los cargos incurridos ese día. Garantes (personas quienes firman este acuerdo) serán responsables de los saldos de la cuenta familiar.

\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_

Todos los Cargos son su responsabilidad, si su compañía de seguro paga o no. Algunos servicios no son beneficios cubiertos. Su empleador elije coberturas, servicios, y cuanto paga su seguro. Verifique cobertura dental antes de su cita. Nosotros estimamos el costo fuera-de-bolsillo para usted, dado la información disponible en ese momento. Su compañía de seguros determina cuanto se paga cuando se presente su reclamo, cual puede cambiar a cualquier hora y no es asegurado. **Últimamente, usted es responsable de cualquier saldo no pagado por su seguro.**

Conozca bien los beneficios y limitaciones de su plan de seguro para evitar sorpresas. Su plan de seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros, no nosotros. Ofrecemos asistencia navegando los beneficios de su seguro pero no podremos asegurar la exactitud o resultados. Para más información sobre sus beneficios y limitaciones de su plan, comuníquese con su compañía de seguros y el departamento de recursos humanos de su empleador.

\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_

Archivamos el reclamo a su nombre. Todos los pagos de beneficio de seguro serán asignados directamente a CPD. Usted autoriza a CPD a compartir información con su compañía de seguros y sus asociados relacionada con la cita de su niño y su condición bucal. Con la asignación de beneficios, si se le envía el pago, nos lo remitirá dentro de los 10 días. Si no se asignan los pagos de beneficios, se requiere el pago completo al momento del servicio.

\_\_\_\_\_\_

Las cuentas se revisan mensualmente. Los saldos de cuenta mayores de 30 días pueden estar sujetos a tarifas y cobros. Se puede agregar un cargo financiero mensual del 1.5% a su cuenta en saldos impagos. Si su cuenta va a cobros, puede incurrir en una tarifa de cobro del 35% y puede ser despedido de nuestra oficina. Cuando no se cumplen los saldos impagos o los arreglos de pago, podemos ver a su hijo solo en caso de emergencia, por un tiempo limitado.

\_\_\_\_\_\_

Entendemos que los problemas financieros temporales pueden afectar el pago oportuno de su saldo y necesitamos que nos lo comunique. Con gusto trabajaremos con usted lo mejor que podamos. Nuestro objetivo es ayudar a su hijo a estar sano. Queremos continuar una buena relación con usted mientras trabajemos juntos en asuntos financieros.

**He leído, entiendo y estoy de acuerdo con esta póliza financiera**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre Escrito del Garante Firma del Garante Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Testigo Fecha

200101