



21685 state Rd 7  
Boca Raton, FL 33428  
Office: 561 756 9343  
Facsimile: 561 756 9382

### COMPROMISO DE ACUERDO FINANCIERO

Nosotros en Dental Designs, estamos comprometidos a brindare el mejor cuidado dental. Nuestros precios reflejan nuestro compromiso profesional a la excelencia. Si usted tiene seguro dental, estamos a su servicio para ayudarle a que usted reciba el mejor beneficio. Para poder alcanzar estos objetivos, necesitamos de su ayuda y su comprensión de nuestra política de pago. Para la comodidad de nuestros pacientes, ofrecemos las siguientes opciones de pago:

A. Por cada servicio prestado es requerido el pago total en efectivo, cheque, tarjeta de crédito o financiación alternativa. Por favor tenga en cuenta que si su cheque es devuelto o tiene insuficientes fondos, se la **cobrará un cargo bancario de \$25.00 y un cargo de procesamiento de \$15.00**. Es requerido un número de seguro social de todos los pacientes que no pagan con dinero en efectivo o si nosotros necesitamos hacer un reclamo a la compañía de seguro. Esta información se mantendrá confidencial y se utilizara exclusivamente para fines de cobro.

B. Nosotros vamos a tener su expediente de seguro y pagos aceptados de parte de su compañía de seguros, siempre que el deducible y los gastos estimados no cubiertos se paguen en cada visita.

C. Permítanos 60 días para que su compañía de seguros pague su factura. Estos tiempos es suficiente para que su compañía de seguro pueda hacer el pago. Por ley, las compañías de seguro están obligadas a hacer o negar el pago de una factura dentro de 3 (tres) días. Por favor tenga en cuenta que su programa de beneficio dental es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros. Nosotros no somos parte de ese contrato. Nosotros facturamos a su seguro como cortesía hacia usted; que es nuestro estimado paciente. Si usted es el responsable (No su compañía de seguros) de todos los honorarios por los servicios prestados, estaremos encantados de ayudarle en todo lo que podamos. En el momento en que esta cuenta se venza o que nos deban más de 30 (treinta) días a partir de la fecha de la factura. Yo estoy de acuerdo en pagar todos los cobros, incluyendo los intereses limitados, costo de corte, pagos por los servicios de procesos, honorarios de abogados y gastos de cobro que sean necesarios.

D. Nosotros valoramos el tiempo de nuestros pacientes, por lo tanto, hacemos todo lo posible para ver a nuestros pacientes en el momento de su cita; apreciamos las misma cortesía de nuestros pacientes, por lo tanto si usted no puede asistir a su cita, por favor llámenos con al **menos 48 horas de anticipación** para que podamos tener la oportunidad darle la cita a otro paciente. Si usted NO se presenta a su cita y no llama previamente, se le hará un **cobro de \$35.00** los cuales se agregaran a su cuenta como un cargo de "falta a cita."

E. Pacientes menores de 18 anos, beben ser acompañados de sus padres o adultos responsables.

F. La copia o duplicado de **los Rayos X tendrá un costo de \$25.00 y Dental Designs** se reserva el derecho de cobrar por la duplicación de los archivos.

Tenga en cuenta que cualquier Padre o adulto responsable que traiga a su hijo(a) a nuestra oficina, es responsable legalmente por el pago de los servicios prestados. Agradecemos la oportunidad de servirle a usted, nuestro valioso paciente.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente o Grupo responsable

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Grupo responsable