

POLIZA FINANCIERA

Gracias por escoger al Dr. JR Gonzalez como su proveedor de cuidado dental. Estamos comprometidos a darle la mas alta calidad de cuidado dental utilizando los mejores materiales y educacion disponible. Todo lo que hacemos o comunicamos esta centrado en esta filosofia. Estamos comprometidos a que su tratamiento sea un exito y pagando su cuenta se considera parte de ese tratamiento. La siguiente es nuestra **poliza financiera**. Le pedimos que la lea, ponga sus iniciales indicado que le ha leído y firme el acuerdo antes de empezar el tratamiento.

_____ **PAGO POR SERVICIOS ENTREGADOS:** Pacientes son responsables de pagar servicios que se le han dado a ellos o a sus dependientes. Pago sera dado al tiempo de que se otorgan los servicios a menos que otros arreglos se haigan hecho ante mano y esten en escrito. Nuestra oficina acepta dinero en efectivo, cheques personales, MasterCard, Visa, American Express o Discover. Tambien se puede financiar con companias financieras.

_____ **ASIGNACION DE PAGOS ASEGURANZA:** Aceptamos pagos de la compania de aseguranza nada mas que ciertos planes no cubren el 100% del costo del tratamiento y tienen un deducible que se tiene que pagar antes que la aseguranza pague la porcion de ellos. Recuerde que unos o quizas todos los deducibles, cantidad que paga el paciente por visita segun su aseguranza, o el porcentaje no pagado por su aseguranza, sea sera la responsabilidad del paciente. Si su aseguranza no paga el balance en total en 60 días, el balance sera transferido a su cuenta y usted sera responsable por la cantidad. Nuestra oficina no puede brindar servicios bajo la supocision que nuestros cargos sean pagados por su aseguranza. **Tenemos que dar enfasis que como su proveedor de cuidado dental, nuestra relacion es con usted y no con su aseguranza. Nuestra oficina no es parte de ese contrato o restricciones que su plan tenga.**

_____ **CANCELACIONES O CITAS NO ACUDIDAS:** OEstamos dedicados a darle cuidado de alta calidad y servicio excepcional. Respetamos la importancia de su tiempo y tratamos de darle una cita que acomode el tiempo de todos nuestros pacientes. En cambio, pedimos que los pacientes hagan un esfuerzo de acudir a su cita y no cambiar las citas. Si por alguna razon no puede acudir a su cita o tiene que cambiar la fecha, requerimos 24 horas de **noticia**. Se cobrara **\$75** despues de la **segunda cancelacion o citas no acudidas**.

Cancelaciones multiples tambien se cobraran a \$75.

_____ **FALTA DE PAGO:** En el envento que no pague en la cuenta por **60 dias o mas**, su cuenta sera referida a una agencia de colecciones y el paciente o la persona responsable por el paciente promete pagar la cantidad de **\$25** en adiccion al balance debido.

Firma _____ Fecha _____