**ALTAMONTE DENTAL ASSOCIATES, INC.**

**REGLAMENTO FINANCIERO DE LA OFICINA**

**Por favor lea cuidadosamente y firma la pagina**

**PAGO POR LOS SERVICIOS:**

El pago por los servicios sera hecho en el momento de los servicios a menos que se hayan

hecho arreglos previous. La discusion sobre pagos con el doctor interfiere en la atencion al paciente, por lo tanto solicitamos que cualquier arreglo financiero sea discutido con la recepcionista, si esto fuera necesario.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **LA CUOTA POR CONTROL DE INFECCION:**

INICIALES Efectivo desde 1 de marzo, una cuota de $15 para control de infeccion sera cobrada en cada visita. Esta cuota es para cubrir los costos para el control de infeccion, incluyendo esterlizacion y disposicion de desperdicios.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **NO ASISTIR A LA CITA:**

INICIALES Por cortesia, trataremos de llamar y recordar a los pacientes sus citas. No siempre es posible hacer esto. Por favor ponga su tarjeta de cita en un sitio visible. Efectivo desde 1 de marzo de 1994, una cuota de $35 sera añadida a su cuenta por no asistir a su cita. Si es posible, deseamos nos avisara 24 horas previas a la cita para la cancelacion de la misma.

**PAGOS PERSONALES:**

Esto se refiere a pacientes sin seguro o pacientes que desean o deberan hacer cargos directos a su seguro. Pago completo por los servicios dentales deben ser el mismo dia del servicio. Aceptamos Visa, Master Card, American Express, cheques, efectivo y money orders.

**PACIENTES CON SEGURO DENTAL:**

1. Con gusto procesaremos su seguro y aceptaremos pagos de su seguro, pero agradeceremos que el paciente pague el deducible o pagos que no cubra el seguro el dia de su visita despues de ver al doctor. Tambien esperamos que lleve la forma del seguro si es necesario. Aceptamos Visa, Mastercard, American Express, cheques, efectivo y money orders.
2. Por favor sea cuidadoso en toda la informacion del seguro si nosotros debemos cobrar al seguro. Tenga a la mano su tarjeta del seguro y la autorizacion de la misma. Usted sera responsible de cualquier pago que el seguro no cubra por falta de informacion.
3. Sera a nuestra discrecion si debemos cargarle a su cuenta algun cargo adicional por volver a someter al seguro por algun balance de mas de 45 dias. Este cargo sera su responsabilidad.
4. Como cortesia, cobraremos directo al seguro. Es su responsabilidad estar pendiente de que su seguro dental pague a tiempo.
5. Su seguro dental le enviara una explicacion de los beneficios pagados. Esta informacion debe mantenerse en su record. Si no esta de acuerdo con el pago, debera llamar al seguro dental.
6. Si el seguro no acepta pagar los cargos o parte de de los cargos, usted sera responsible por el balance. Si usted no paga a tiempo, su cuenta tendra un cargo adicional mensual.
7. Privacidad:

\*Yo autorizo a Altamonte Dental Associates a reveler cualquier informacion, incluyendo diagnostic y records de tratamientos o de pruebas hechas a mi o a mi hijo(a) durante el tiempo del tratamiento dental a cualquier tercera personal, co-pagador, o miembro del cuidado de salud.

\*Yo autorizo a mi compañia de seguro a pagar directamente al grupo dental cualquier beneficio dental pagadero a mi.

\*Yo entiendo que mi seguro dental puede pagar menos del cargo por servicios. Yo me hago responsible del pago por los servicios recibidos por mi o mis dependientes.

EN ADICION:

\*\*Nuestra practica no es culpable de los problemas de los seguros en su tardanza o negacion de pagos. Nosotros facturamos las cuentas a los seguros diariamente.

\*\*Recuerde que usted o su patron pagan las cuotas de los seguros. Su seguro es responsible a usted no a nosotros. Debe contactarlos si usted no esta de acuerdo con el pago o con su estado de cuenta.

\*\*Si tiene alguna pregunta sobre nuestra politica financier, por favor discutelo con la recepcionista ANTES de ver al doctor. El numero de la oficina es (407) 774-8834.

Yo he leido y entendido esta carta y acepto los terminos y condiciones.

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

NOMBRE DEL PACIENTE

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

FIRMA DEL PACIENTE FECHA