

## POLITICA FINANCIERA

Nosotros nos comprometemos a proveerle el cuidado dental de suprema calidad usando sólo lo mejor en material y tecnología disponibles. Nuestro Equipo Clínico y Administrativo trabajan juntos para crear un ambiente positivo para sus visitas y proveer ayuda con los requisitos financieros. ¡Un miembro de nuestro Equipo Administrativo puede discutir las opciones que ofrecemos!

**Opciones:** Para su conveniencia, aceptamos pago en efectivo, cheque personal, tarjetas de débito, tarjetas de crédito (Visa, MasterCard, Discover, American Express) y CareCredit®. Pagos pueden ser en persona, por teléfono, por internet o correo.

**Responsabilidad Financiera:** El padre o guardián que traiga al niño(a) a nuestra oficina y autorice tratamiento se hace legalmente responsable por el pago de todos los cargos. No podemos mandar facturas a terceras personas.

**Facturas:** Si usted tiene alguna deuda pendiente en su cuenta, le enviaremos una factura por correo. Ésta mostrará el balance previo, cualquier cargo nuevo y cualquier pago o crédito aplicado a su cuenta. Enviamos las facturas cada 15 días.

**Cuentas Atrasadas:** Al menos de que arreglos previos hayan sido aprobados por escrito por la oficina, el balance que aparece en su factura requiere pagarse inmediatamente. Si usted no ha pagado el balance total para la fecha indicada en la factura, la cuenta se considerará atrasada. *Un cargo de \$10.00 por retraso se puede aplicar a toda cuenta atrasada más de quince (15) días después de la fecha de la factura.* Si es necesario, las cuentas que no han sido pagadas pueden ser remitidas a una agencia colectora de pagos. Todo gasto incurrido en el proceso colectivo se hará responsabilidad del fiador de la cuenta.

**Seguro Dental:** Será un placer ayudarle a facturar su seguro dental. En general, nosotros procesamos las reclamaciones a cualquier compañía que nos pague directamente y que no restrinja la cobertura a una lista fija de proveedores participantes. *El acto de procesar una reclamación no garantiza el pago.* Favor de tomar en cuenta que al padre o guardián le corresponde la responsabilidad final de pagar cualquier servicio proveído. Nuestras dentistas recomiendan el tratamiento adecuado basado en las necesidades de su hijo(a), no en lo que el seguro pagará. Por lo tanto, haremos todo lo posible por maximizar sus beneficios.

Su información completa de seguro dental deberá ser presentada a la hora de recibir servicio y actualizada según sea necesario.

En caso de que su seguro no haya pagado el balance de su cuenta dentro de 60 días, la deuda pendiente puede ser transferida a su cuenta. Nosotros reservamos el derecho de descontinuar o rehusar a procesar cualquier reclamación.

Somos un proveedor participante con las siguientes compañías: Aetna PPO, Anthem Dental Blue (100, 200, 300), Anthem Dental Complete, Children's Special Health Care Services, Cigna PPO, Delta Dental PPO, Delta Dental Premier, Guardian PPO, Health Resources Inc. y Indiana's Medicaid and Hoosier Healthwise.

**Empleados del Gobierno Federal:** Los planes de seguro para empleados del gobierno federal hacen los pagos directamente al miembro. El pago completo deberá recibirse el día que se provea el tratamiento.

**Pagos Requeridos:** En las visitas de tratamiento, cobramos un porcentaje del costo total del tratamiento, determinado por un **ESTIMADO** de lo que su seguro cubrirá, más cualquier deducible requerido por el seguro. En caso de que su pago haya sido insuficiente, nosotros le enviaremos una factura por correo. Si resulta que haya sobre pagado, le reembolsaremos su dinero por cheque, enviado por correo.

**Divorcio/Separación:** El fiador de la cuenta antes del divorcio o separación sigue siendo el responsable de pagar la cuenta. Después del divorcio o separación, el padre o guardián que traiga al niño(a) y autorice tratamiento se hará el/la responsable de pagar los cargos incurridos. Si el acuerdo final del divorcio requiere que el otro padre pague los costos de tratamiento completa o parcialmente, es responsabilidad del padre que autorice tratamiento cobrarle la cantidad correspondiente. Nosotros le proveeremos copias adicionales de recibos si es necesario.

**Cheques Devueltos:** Se cobra un cargo de \$30.00 por cualquier cheque devuelto por el banco.

**CareCredit®:** Una alternativa conveniente a las tarjetas de crédito, efectivo o cheques, CareCredit® es una tarjeta de cuidado de salud que se usa exclusivamente para servicios dentales y médicos. Ofrecen opciones de pago flexibles que se ajustan a sus necesidades. Para mayor información, contáctenos o visite la página de internet [www.carecredit.com](http://www.carecredit.com).

Inicial: \_\_\_\_\_

## POLITICA DE CITAS

Los niños suelen portarse mejor en el consultorio dental cuando no están cansados. Por eso, es mejor traerlos por la mañana, especialmente los niños ansiosos o de edad pre-escolar. Para muchos niños, un simple relleno al terminarse el día, cuando están cansados, puede parecerse un gran problema. Tome en cuenta que una de nuestras metas es proveer servicio dental que sea lo más agradable posible para su hijo(a). También tenga en cuenta que una cita dental cuenta como una ausencia aprobada por la escuela.

Cuando hacemos la cita para su hijo(a), ese tiempo está reservado solamente para su hijo(a). No programamos dos citas para la misma hora y estamos orgullosos de reconocer que su tiempo es valioso, como también esperamos que usted valore el nuestro, y hacemos todo lo posible por atender a su hijo(a) a la hora citada. Por esta razón, es muy importante que usted traiga a su hijo(a) a la hora señalada. **Si llegan más de 10 minutos tarde, puede ser necesario reprogramar la cita de su hijo(a).**

**Cancelación o Reprogramación de Citas:** Si no le es posible cumplir con la cita programada, se requiere un aviso previo de 48 horas antes de la cita. Comprendemos que surgen imprevistos, sin embargo, nosotros reservamos el derecho de cobrarle una fianza de \$25.00 por frecuentes cancelaciones a última hora o faltas a las citas.

**Fecha en Vigencia:** Una vez que usted haya firmado esta política, significa que está de acuerdo con todos los términos y condiciones contenidas en este documento y el acuerdo se hará vigente.

Inicial: \_\_\_\_\_

Yo he leído las políticas anteriormente escritas y entiendo mis obligaciones con la oficina de *Fishers Pediatric Dentistry* para el cuidado dental de mi hijo(a). Yo reconozco que soy responsable del pago de cualquier servicio que mi plan de seguro dental no cubra. Yo afirmo que mi firma representa mi acuerdo a todos los términos mencionados arriba.

Nombre en Letra de Molde del Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre en Letra de Molde del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_