

Martinez Dental Solutions - Políticas de la Oficina

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Muchas gracias por escogernos como sus proveedores de salud dental. Por favor dedique un momento a repasar las siguientes políticas de la oficina. Si tiene alguna pregunta, por favor no dude en pedirle más información a cualquier miembro de nuestro personal.

CITAS

- Para darle la atención y el nivel de cuidado que usted merece, nosotros reservamos una cantidad significativa de tiempo y reservamos un cuarto específico para su visita. También entendemos que su tiempo es valioso y, por lo tanto, hacemos todo lo posible para verlo a la hora de su cita. Por otro lado, su puntualidad y consideración en no cambiar su tiempo reservado, son muy apreciados. En caso de que usted deba cambiar su cita, se requiere que lo haga con un mínimo de 48 horas de anticipación. **Tenga en cuenta que una cuota de \$30 le será aplicada por faltar a una cita sin avisar o por cancelar una cita con menos de 48 horas de anticipación.**
- Nuestra oficina ofrece citas los sábados. Estas citas son limitadas y tienen mucha demanda. Por lo tanto, si cancela una cita para un sábado con menos de 48 horas de anticipación, perderá el privilegio de hacer citas los sábados en el futuro.
- Se deben de hacer arreglos con anticipación si un niño (menor de 18 años) va a ser atendido sin la presencia de un adulto.

SEGUROS/FINANZAS

- **Las tarifas en el plan de tratamiento son válidas por 90 días.**
- Su póliza de seguros es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Nosotros no somos parte de ese contrato. Cualquier y todas las tarifas presupuestadas para su tratamiento dental están basadas en la información que nos fue proporcionada por su compañía de seguros. **Es su responsabilidad pagar cualquier diferencia entre el monto presupuestado y lo pagado por su aseguradora, así como el costo de los tratamientos rechazados por su aseguradora.**
- Como una cortesía para nuestros pacientes, aceptamos la asignación de beneficios de la mayoría de planes dentales. Sin embargo, **requerimos que usted pague su deducible y/o “la porción estimada del paciente” al momento de ser atendido.**
- Es posible que su compañía de seguros pague diferentes beneficios para ciertos procedimientos, como en el caso de los puentes. **Las restauraciones cosméticas (del color del diente), por ejemplo, a veces son pagadas por la aseguradora a una tarifa más baja que la estimada por nosotros. Usted tendría que cubrir la diferencia.** También es posible que algunos de nuestros servicios sean “no cubiertos,” sujetos a la determinación arbitraria por parte de la compañía de seguro de las tarifas acostumbradas, o que tengan limitaciones de tiempo impuestas por la compañía de seguro. Además de esto, puede existir una cláusula referente a dientes faltantes, u otras restricciones en su póliza que pueden aplicar a su tratamiento y cualquier pago de su compañía de seguro dental. **Es su responsabilidad estar familiarizado(a) con las cláusulas de su póliza de seguros.**
- Nosotros verificamos su cobertura **una vez** cuando usted viene por primera vez a nuestra oficina y después cada vez que usted nos informe de cambios en su seguro. Aunque verificamos cual es la “cobertura máxima” de su seguro, y hacemos lo posible por llevar la cuenta de cuánto le queda, **es su responsabilidad saber cuál es su saldo.** Nosotros sabremos sobre el tratamiento que se haga en nuestra oficina, pero no necesariamente sabremos sobre lo que se haga en otro lado (ni qué cantidad de sus beneficios usó ahí), aunque sea un especialista a donde nosotros lo(a) referimos. **Si va a otra oficina, por favor déjenoslo saber.**
- **AL FINAL, ES SU RESPONSABILIDAD ENTENDER LOS BENEFICIOS DENTALES QUE LE PROVEE SU COMPAÑÍA DE SEGUROS E INFORMARLE A NUESTRA OFICINA CUALQUIER CAMBIO EN SU SEGURO DENTAL ANTES DE INICIAR UN TRATAMIENTO. USTED ES RESPONSABLE POR EL SALDO QUE NO PAGUE SU SEGURO.**
- El adulto que acompaña a un menor es responsable por el pago de su tratamiento.
- **En caso de que el saldo de su cuenta no haya sido pagado por más de 90 días, su cuenta se le pasará a una agencia de colección. Será su responsabilidad pagar todos los costos administrativos y tarifas legales asociados con el proceso de colección.**

Gracias por revisar y entender nuestras políticas. Por favor déjenos saber si tiene alguna pregunta o inquietud.

He leído, entendido, y acepto las políticas antes mencionadas.

Nombre del Paciente o Tutor Legal

Firma del Paciente o Tutor Legal

Fecha