

# MP DENTAL & ASSOCIATES, DDS PC

## POLÍTICA DE OFICINA e INFORMACIÓN FINANCIERA- POR FAVOR LEA ATENTAMENTE

Es el objetivo de nuestra práctica proporcionar el mejor cuidado disponible. Los pacientes serán programados para el tratamiento después de que los arreglos financieros se hagan por escrito con nuestros asociados financieros con respecto a todos los tratamientos.

**Las citas se reservan específicamente para usted. En consideración de esto nuestra oficina requiere un aviso de 24 horas si no puede asistir su cita. Si no recibimos este aviso, se le cobrará una tarifa a su cuenta.**

*Requisitos de los rayos X* - Nos enorgullecemos en ofrecer el más alto nivel de atención; por lo tanto, radiografías diagnósticas completas son necesarias. Los honorarios por las radiografías necesarias, si las hubiere, serán revelados antes de ser tomados.

*Póliza de seguro* - El copago por el paciente de su porción es debido en el momento del servicio. Como cortesía de todos nuestros pacientes con seguro, presentaremos reclamaciones de servicios dentales con su compañía de seguros principal y, si corresponde, su seguro secundario. El tiempo normal permitido para el pago del seguro es de 30 días. Cualquier saldo pendiente en su cuenta después de 30 días es su responsabilidad.

*Política de pago* --- Nuestra oficina requiere el pago completo de todos los servicios prestados en el momento de la visita, a menos que se hayan hecho otros arreglos por escrito con el departamento financiero. Si se necesita un plan de pago, autoriza a MP Dental a hacer consultas con cualquier oficina de crédito con respecto a su historial financiero.

*Política de cobro* --- Las cuentas no pagadas de más de 90 días se convierten en morosos y si no se han hecho arreglos financieros por escrito, usted será responsable de los honorarios legales, cargos por intereses, 33 1/3% de honorarios de abogado y cualquier otro gasto incurrido en la recolección de su saldo de la cuenta.

### AUTORIZACIONES DEL PACIENTE

Autorizo a MP Dental a realizar los servicios necesarios durante el diagnóstico y el tratamiento ya divulgar cualquier información requerida a los profesionales de salud externos y con el propósito de procesar las reclamaciones de seguro. Entiendo que mi póliza de seguro es un contrato entre mí y mi (s) compañía (s) de seguros y que soy responsable ante MP Dental por todas las tarifas.

Autorizo y solicito a mi compañía de seguros que pague directamente al dentista los beneficios del seguro de grupo dental que de otro modo se pagarían a mí. Entiendo que mi compañía de seguros dental puede pagar menos que los servicios facturados y que soy responsable del saldo restante.

Entiendo la información anterior y garantizo que este formulario se completó correctamente a mi mejor conocimiento y entiendo que es mi responsabilidad de informar a esta oficina dentro de los 30 días de cualquier cambio en la información que he proporcionado.

Todos los tratamientos son garantizados por 1 año y serán reemplazados sin costo para el paciente para el mismo tipo de tratamiento si se detecta un defecto en el material o la técnica. La garantía se extenderá a 5 años si el paciente mantiene su limpieza preventiva una vez cada 8 meses como máximo (NO EXCEPCIONES). Entiendo que los procedimientos adicionales a veces son necesarios (al costo del paciente) para lograr un tratamiento exitoso. Todos los tratamientos deben estar completos dentro de los 3 meses siguientes a la fecha de inicio, de lo contrario el paciente será responsable de una nueva PAGA COMPLETA. Se excluyen los arreglos por escrito.

ATENCIÓN: MP DENTAL PARTICIPA CON EL PROGRAMA DE MONITOREO DE PRESCRIPCIÓN

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Adulto

\_\_\_\_\_ Padre/Madre/Guardian