

# Children's Corner Pediatric Dentistry

275 W 200 N Suite 175

Lindon, UT 84042

801-769-2530

## Acuerdo financiero

Nuestro objetivo principal es ofrecer la atención odontológica de más alta calidad a bebés, niños y adolescentes. El costo del tratamiento debe pagarse en el momento en que se recibe el servicio. Ofrecemos las siguientes opciones de pago:

1. Aceptamos dinero en efectivo o cheques
2. Aceptamos VISA, MasterCard, Discover y American Express
3. También aceptamos Care Credit (solicite los detalles)

**Para las familias que no cuentan con seguro dental**, ofrecemos un descuento del 10% por pago en efectivo si paga la totalidad de su cuenta el día en que se le presta el servicio. Consúltenos si es necesario algún otro arreglo.

**En el caso de pacientes con seguro dental**, la persona responsable deberá abonar la parte estimada y/o deducible que le corresponde al paciente el día en que se preste el servicio. El seguro recibirá una factura como cortesía; sin embargo, tenga en cuenta que **si la compañía de seguros no realiza el pago dentro de los 60 días, la persona responsable deberá pagar la totalidad de la suma. Es responsabilidad de los padres conocer y entender sus beneficios de seguro.** Los honorarios cotizados en nuestro consultorio son sólo montos estimados. Debe entender que las compañías de seguros pagan los beneficios según su propio sistema de honorarios. Nos resulta imposible conocer todos los sistemas de honorarios de seguros y sus limitaciones. No tenemos inconveniente en presentar una autorización previa si usted lo solicita, en caso de que no esté seguro de cuál es su cobertura y limitaciones.

Algunos procedimientos no están cubiertos por todas las compañías de seguros. El padre o madre es responsable de cualquier costo que no esté cubierto por su compañía de seguros. En nuestro consultorio, utilizamos un material de empaste blanco. Tenga en cuenta que algunas compañías de seguros sólo pagan beneficios para empastes de color plateado. **La persona responsable debe pagar la diferencia, si la hubiera, entre los dos precios.**

Cada 6 meses, al niño se le practicará un examen completo, y se le harán las radiografías, limpieza y tratamiento con flúor que sean necesarios. Si el seguro del paciente no cubre alguno de estos servicios cada 6 meses, es responsabilidad de los padres hacérselo saber antes de que aceptemos darle una nueva cita. Tenga en cuenta que los pacientes que vienen por referencia de otro consultorio posiblemente deban pagar por el examen y las radiografías, de acuerdo con las limitaciones establecidas en el plan de seguro del paciente.

De acuerdo con la ley federal "Truth-In-Lending Act" (Ley de Transparencia en Operaciones de Crédito), tenga en cuenta que se cobrará un interés del 18% anual sobre saldos en mora no pagados. El abajo firmante específicamente acepta pagar todos los honorarios de abogados y costos judiciales razonables en caso de que se tomen medidas legales para cobrar la cuenta. El abajo firmante además acepta pagar un monto adicional que represente el cincuenta por ciento (50%) del saldo del capital si la cuenta se envía a una agencia de cobranzas o abogado para su cobro según lo permitido por el Código Anotado de Utah (Utah Code Annotated), secc. 12-1-11. Los términos del presente párrafo se aplican a todos los montos en los que yo incurra o en los que incurra cualquier persona sobre la cual tenga responsabilidad legal, ya sea que se incurra en dichos montos en el día de hoy o de aquí en adelante.

Por el presente autorizo a Children's Corner Pediatric Dentistry y a todos sus asociados a divulgar toda y cualquier información médica u odontológica a la compañía de seguros. Por el presente autorizo el pago directo de los beneficios de seguro que de lo contrario yo debería recibir a Children's Corner Pediatric Dentistry y a todos sus asociados. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquiera y todos los cargos que no estén cubiertos por esta autorización.

**Hay un cargo de \$25.00 por no presentarse a las citas programadas. Cancellations repetidas o citas perdidas resultará en la pérdida de los privilegios de citas futuras.**

He leído y entiendo las políticas anteriores y acepto los términos del presente acuerdo.

Firma de la persona autorizada: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación o parentesco con el paciente o pacientes:

\_\_\_\_\_

Nombres de los pacientes:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_