****

**Harris -Obermiller DDS.**

**Política Financiera**

**Relación con la paciente:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica dental. La siguiente es nuestra Política Financiera. Pedimos que todos los pacientes lean y firmen nuestra Política financiera, así como que completen nuestro Formulario de información del paciente antes de ver al dentista/higienista.

* Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. **Debemos enfatizar que, como sus proveedores de atención dental, nuestra relación es CON USTED, no con su compañía de seguros.**
* Todos los cargos son su responsabilidad desde la fecha en que se prestan los servicios, ya sea que su compañía de seguros pague o no. No todos los servicios son un beneficio cubierto en todos los contratos; consulte su paquete de beneficios personales.
* • Los copagos vencen en el momento del servicio. **Su parte estimada de lo que su seguro no cubre se debe en el momento en que se presta el servicio.**
* Cuando no participamos con un determinado plan de seguro, sus gastos de bolsillo pueden aumentar.
* Si su compañía de seguros no paga su parte dentro de los 45 días, le pedimos que se comunique con la aseguradora para ayudar a acelerar el proceso. **Si queda un saldo adeudado después de recibir el pago de su compañía de seguros, esperamos que pague ese saldo dentro de los 30 días.** Si esto no es posible, le animamos a que se ponga en contacto con nosotros para que podamos ayudarle en la gestión de su cuenta.
* Si desea conocer una estimación de la cobertura de su seguro, podemos enviar una preautorización a su seguro. Esto le dará una estimación de sus gastos de bolsillo. Por lo general, estos tardan de 3 a 4 semanas en procesarse y devolverse a nosotros.
* Su compañía de seguros solo pagará los servicios que estén cubiertos en su póliza personal: cuando corresponda y se determine como razonable y necesario. Su póliza puede negar el pago de cualquier servicio.
* Gentle Dental no puede renunciar legalmente al pago de deducibles y/o copagos.

***El pago vence en el momento en que se prestan los servicios. Si mi seguro niega el pago, o solo paga una parte de los cargos, acepto ser personal y totalmente responsable del pago total.***

Si no pago la totalidad del nuevo saldo dentro de los 60 días posteriores a la fecha del saldo mensual, se cobrará cada mes un recargo del 1,5 % sobre el saldo pendiente de pago y adeudado.

**Marque cómo normalmente pagaría los pagos de su bolsillo:**

\_\_\_\_ Efectivo \_\_\_\_ Cheque \_\_\_\_ Tarjeta de Débito/Crédito \_\_\_\_Care Credit (Financiamiento sin intereses previa aprobación)

*Nuestra oficina implementa una tarifa de cita fallida de $ 75.00 que se incurre después de la segunda cita fallida. Esta tarifa debe pagarse antes de que se hagan citas futuras para cualquier miembro de la familia.*

**Firma del paciente/tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**