

Marquis Family and Sedation Dentistry

Querido Paciente:

Gracias por escogernos como su proveedor del cuidado dental. Nuestro principal preocupacion es que usted reciba un tratamiento de calidad. Para prevenir malos entendidos y servirle mejor, le pedimos que lea nuestra politica financiera. Si usted tiene una pregunta porfavor no se detenga a contactar nuestras oficinas.

El costo total debe ser pagado al recibir el tratamiento. Aceptamos en efectivo, tarjetas de credito(MASTERCARD,VISA,DISCOVER) y tarjetas de debito. **No** aceptamos American Express o cheques personales.

1. Nosotros haremos el reclamo al seguro si usted es miembro principal del plan de seguro al cual nosotros estemos en network. Nosotros nos encargamos de verificar su covertura. Los co-pays, deducibles y lo que no cubre el seguro sera colectado al momento de finalizar su tratamiento.
2. **Al menos que sea cancelado 48 horas de anticipacion, nuestra politica es cargar por todas las citas que no asistan y que sean canceladas al momento de la cita. Sabiendo esto de anticipado el cargo sera de \$50.00 por hora y por cada vez que se cometa esta falta. Este cargo no sera cubierto por el seguro.**

La cuenta que sea mandada a coleccion :

En caso de que su cuenta sea mandada a coleccion , usted sera responsable por pago de los intereses de la agency de coleccion y sera un monto de 30% de su balance principal. Y si en caso su cuenta sea referida a litigacion , el costo del abogado es de 50% del balance principal.

La agencia que nosotros usamos manda los reportes a las tres lineas de credito nacionales para dar a conocer el mal credito. A la vez sera retirado de ser paciente de nuestra clinica.

Nosotros entendemos que los problemas temporalmente pueden afectar financieramente el cumplimiento con los pagos de su balance. Le sugerimos que nos lo communique para asi poder obter por soluciones adecuadas. **Gracias** por escogernos como su proveedor de salud dental. Apreciamos su confianza hacia nosotros y estaremos dispuestos a servirle.

*Firmando este documento usted estara de acuerdo con lo leido de la politica financiera de Marquis Family Dentistry y los terminos ya mencionados. Estoy por enterado que mi seguro dental quizas no se hara cargo de devolver ninguna cantidad por mi tratamiento **y sere responsable de mi cuenta.***

Firma y Fecha