



One 7000 Place  
7000 Southwest 62 Avenue PH-E  
South Miami, FL 33143

T. 305 666 6104  
F. 305 665 1136

admin@fdgendo.com  
fdgendo.com

## POLITICA FINANCIERA DEL PACIENTE

**Gracias** por elegir nuestra oficina para su cuidado de Endodoncia. Esperamos que informándoles claramente sobre nuestra política financiera enriqueceremos la relación de oficina-paciente y mantengamos las líneas de comunicación abiertas.

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Información General:

Su seguro dental en un contrato entre usted y su compañía de seguro. Usted es el (la) responsable de entender los términos de tal contrato y que cubre y no cubre su póliza. Si su seguro niega cualquier parte de su reclamación de tratamiento, o su término de cobertura ha terminado, usted será responsable por el total de su balance completamente.

Es su responsabilidad llegar a un acuerdo con su compañía de seguro sobre cualquier disputa sobre su deducible, co-pagos, porcentajes de tratamiento cubierto y seguros secundarios. El costo del tratamiento total es debido el día del tratamiento.

Mientras que nuestros empleados harán todo lo posible para ayudar al paciente con la comunicación de su compañía de seguro, cualquier pregunta que se trate con lo que cubren, beneficios o pagos son la responsabilidad del paciente y debe ser resuelto por el (la) paciente.

Es la responsabilidad del paciente notificarnos de cualquier cambio de dirección, teléfono, empleador o compañía de seguro lo más pronto posible.

Nosotros reservamos el derecho de reportar cualquier cuenta delinciente a compañías de crédito, agregarle una tarifa de colección, u otra acción que sea necesaria o terminar nuestra relación con usted como paciente de nuestra oficina.

### El Pago Total Es Debido El Día Del Tratamiento:

Se acepta efectivo, cheques, tarjetas de crédito y Care Credit (si hace la aplicación y es aprobado(a)).

Todos los deducibles, co-pagos, y tratamientos o parte no cubierta por el seguro son debidos el día del tratamiento.

### Prueba de Seguro:

Por favor, traiga su tarjeta de todos los seguros con usted a cada cita.

Nosotros trabajamos con muchos planes de seguro. Por favor confirme con su compañía de seguro antes de atender a su cita. No participamos en ningún plan de Medicare o Medicaid, y no aemos solicitudes de seguro en caso de accidente de automóvil o seguro de responsabilidad civil (liability insurance). Estas situaciones son tratadas bajo nuestra política de auto pago (self pay).

Es su responsabilidad de informarnos toda la información completa sobre su seguro. Los reclamo de seguro que sean negados por falta de información o información incorrecta se harán responsabilidad del paciente.

He leído la Política Financiera de la oficina y estoy de acuerdo a cumplir con sus términos.

Firma del (de la) Paciente/Guardián: \_\_\_\_\_