



www.periodontalhealthassociates.com
525 Leesville Road • Lynchburg, VA 24502 • Phone: 434-455-2444 • Fax: 434-237-2050
contact@periohealthassoc.com

Reglas de Pago

1. Se espera que el pago de cualquier tratamiento será cancelado en su totalidad el día que se preste el servicio, a no ser que se establezca un programa de pago en cuotas anterior a los servicios prestados.

- Se acepta efectivo, cheques y tarjetas de crédito principales.
- Se ofrece un programa de pago por cuotas de tres meses, sin cobrar interés, por parte de esta clínica. Esta opción no es válida para CBCT y aparatos prostéticos.
- La posibilidad de financiar pagos por 12 meses puede ser disponible por medio de un préstamo externo y con crédito aprobado.
- Un descuento de 5% se le ofrece a nuestros pacientes sin seguro dental a la hora de pagar el costo total de su tratamiento en un pago usando efectivo o cheque personal antes de recibir el servicio. Sólo los tratamientos cuyo total es más de \$500.00 o más califican para este descuento.

2. Un plan de tratamiento, que incluye la cuota total y un presupuesto de cobertura de seguro dental, será proporcionado por escrito cuando el tratamiento sea recomendado. El presupuesto total asignado al paciente debe ser pagado el día del tratamiento y puede incluir un deducible. Esta oficina puede proveer un cálculo de buena fe de los beneficios que casi todas las aseguradoras ofrecen. Este cálculo es sólo una guía y, hasta que el pago final sea recibido, y no debe ser considerado una garantía de beneficios. Cuando la compañía de seguro dental haya pagado la totalidad del tratamiento, nosotros enviaremos una factura de cobro o reembolsaremos cualquier diferencia al fiador del tratamiento.

3. Nuestra oficina participa con la compañía de seguro dental llamada Delta Dental. Los reclamos dentales de un seguro primario serán procesados como cortesía para nuestros pacientes con seguro dental. Es responsabilidad del paciente procesar reclamos dentales de cualquier seguro secundario. Si el paciente decide no compartir su número de seguro social u otro documento de identificación del asegurado primario, no podremos procesar ningún reclamo de seguro. El fiador o garante será responsable de pagar el monto total del tratamiento el día que se preste el servicio.

4. En caso que no se reciba un pago después de 30 días de haberse recibido el servicio el fiador será multado 1.75% de interés del saldo pendiente. Después de 120 días cualquier saldo pendiente será enviado a una agencia de cobro de deudas. El fiador será responsable de pagar cualquier deuda que la agencia de cobro de deudas y sus abogados cobre.

5. Se cobrará una multa de \$35.00 por cada cheque sin fondos.

6. Si una cita tiene que ser recalendarizada, necesitaremos que se nos informe con 48 horas con anticipación. Entendemos que siempre hay emergencias y que en esos casos únicos usted nos informará cuanto antes posible. Cualquier cita que se cancele o recalendarice con menos de 48 horas de anticipo que no se considere una emergencia verdadera resultará en una multa de cancelación tardía de \$50.00.

He leído, entiendo, y acepto las reglas establecidas en este documento:

Nombre completo del paciente: _____

Nombre completo del fiador: _____

Firma del fiador: _____

Fecha: _____