

Blatchley Familia Dentistry (BFD) se compromete a proporcionar un servicio excepcional que incluye tratamiento necesarios para su salud oral de corto y largo plazo. Hacia estos objetivos, nos gustaría explicar **sus** responsabilidades financieras y programación de citas con nuestra clínica.

#### 1. Estimación del costo de tratamiento en escrito

BFD le proporcionará un plan de tratamiento integral, basado en su salud en general. Usted también recibirá una clara y detallada **estimación** del costo de su tratamiento, incluyendo un **estimado** de sus beneficios de seguro. Si tiene preguntas acerca de su cobertura de seguro, comuníquese con su empleador o compañía de seguro.

#### 2. Poliza de pago

**La responsabilidad del paciente se debe cuando se prestan los servicios.** Aceptamos efectivo, cheques personales, todas las tarjetas de crédito, la mayoría de planes de seguro dentales y financiamiento de crédito con Care Credit y Wells Fargo. Arreglos financieros se discuten durante la visita inicial y se completa un acuerdo financiero antes de realizar cualquier tratamiento con nuestra clínica. Habrá una tarifa de \$25 dólares por cualquier cheque rebotado. Hay un cargo de \$20 dólares por copia o transferencia de registros dentales.

#### 3. Poliza de reembolso

Usted puede cancelar su tratamiento y solicitar un reembolso del tratamiento que ya se pagó pero **no** finalizado, después de una consulta con el dentista. Nota: Pacientes de coronas y puentes son responsables por el costo total de su plan de tratamiento una vez que ha comenzado la preparación de los dientes. Pacientes de Invisalign son responsables de todo el costo de laboratorio y escaneo una vez comenzado la fabricación de su alineador. Solicitud de reembolso debe ser por escrito. Solicitud puede ser dejada en la oficina o enviada por correo electrónico a [info@blatchleyfamilydentistry.com](mailto:info@blatchleyfamilydentistry.com)

Si se aprueba, el reembolso será en forma de cheque dentro de 10 días desde la solicitud de reembolso. Usted recibirá una carta indicando la cantidad de reembolso. Si no está de acuerdo con la cantidad de reembolso usted tiene derecho a presentar una apelación por escrito. Apelaciones serán respondidas dentro de 30 días.

#### 4. Seguro dental

Su beneficio dental es un contrato entre usted y su empleador y el plan de beneficios dentales. Beneficios y los pagos recibidos se basan en los términos del contrato negociado entre usted o su empleador y el plan. Nosotros procesaremos sus reclamos de seguro y ayudaremos a revisar sus beneficios de seguro dentales para que comprenda y maximice su cobertura.

En red: Si su dentista participa en la red de seguro, usted es responsable sólo por la porción determinado por su plan. Estamos obligados a cobrar su parte del costo (deducible, coaseguro, copago o cualquier monto no cubierto por el plan de beneficios dentales) en su totalidad en el momento del servicio. Si nuestra **estimación** de la porción es menos que la cantidad determinada por su plan, la cantidad facturada se ajustará para reflejar la diferencia. La factura es su responsabilidad.

Fuera de la red: Si su dentista no participa en la red, honramos en la estructura de tarifas de la compañía. Si su aseguradora no aceptará los beneficios a su dentista, usted es responsable del beneficio de seguro estimado.

Descuentos de seguros: las compañías de seguros a menudo negocian descuentos para los servicios de su plan. Si usted excede su límite de beneficio anual, los descuentos del asegurador pueden aplicarse a servicios adicionales como un beneficio para usted.

#### 5. Financiamiento de terceros

BFD acepta pagos de Care Credit y Wells Fargo, compañías financieras de terceros no afiliados. Decisión de crédito es la responsabilidad de estas compañías de finanzas. Usted puede optar por pagar todo o una parte de su tratamiento usando aprobados productos financiación de terceros. \* Nota: Si opta por solicitar la financiación de terceros, administrado a través de nuestra práctica, nosotros estamos obligados por ley a ofrecerle un aviso de crédito para servicios dentales.

#### 6. Comunicación al paciente

Nos gustaría mantenerlos informados sobre sus próximas citas, plan de tratamiento y etapa del tratamiento. Al proporcionar su correo electrónico, número de teléfono y dirección de correo le da permiso de BFD que se comunique con usted a través de uno o todos de estos métodos de comunicación. Tenga en cuenta que el correo electrónico y mensajería de textos no es seguro y hay un riesgo de que podrían ser leídas por otras personas. Al compartir su correo electrónico y número de teléfono móvil con nosotros están reconociendo que son conscientes de este riesgo y están de acuerdo en recibir este tipo de comunicación. BDF limitará el tipo de información en los mensajes. Puede retirar su consentimiento en cualquier momento cancelando la suscripción de correo electrónico o mensajes de texto.

#### 7. Programación de citas

Reservamos el tiempo del doctor y higienista en el horario para cada procedimiento del paciente y son diligentes en estar a tiempo para ver a sus pacientes. Cancelaciones de citas afecta la calidad de los servicios que son proporcionados. Para mantener el excelente servicio y atención, **requerimos 48 horas** de aviso para reprogramar una cita. Para servir a todos nuestros pacientes de manera oportuna, puede que necesitemos cambiar su cita si llega **15 minutos** tarde o más. Para establecer una cita debido a su tardancia o cancelation, **una depósito de \$75 puede ser necesario para reservar otra cita, si esto ocurre más de 3 veces.**

#### Autorizaciones del paciente

Entiendo que la información que he dado hoy es correcta a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo a este equipo dental que realice cualquier servicio dental necesario al cual haya consentido durante el diagnóstico y tratamiento. He leído lo anterior y estoy de acuerdo a los términos financieros y de programación de citas. Autorizo que utilicen la información necesaria para procesar mis reclamos con la aseguranza dental. Autorizo el pago directamente a este dentista, lo contrario directamente a mi.

Firma del paciente/padre/tutor: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_