



Aquia Dental Care

POLIZA FINANCIERA Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Pago completo es requerido al momento del servicio, con la excepción de Sábados y días festivos federales en cual los pagos son requeridos 48 horas avilés antes del tiempo de servicio, al menos que otros arreglos se hagan por adelantado. Aceptamos Visa, MasterCard, Discover, American Express, Care Credit y Citi Health Card.

Los proveedores de Aquia Dental Care con Delta Dental, Anthem Blue Cross Blue Shield, United Concordia, MetLife, Aetna, Dominion Dental, Doral (Medicaid), Guardian, Geha, Care first BCBS, Humana, United Healthcare y Cigna PPO. Es su responsabilidad alertarnos de los cambios de su seguro o los beneficios antes de cualquier cita. Los balances después de los pagos de su seguro son su responsabilidad.

**** Mantenemos una póliza de cancelación de 48 horas (día laboral) de todas las citas de Lunes a Viernes. Las citas de los Sábados tienen una póliza de cancelación de 72 horas (día laboral). Para las visitas de rutina cobramos \$50.00 por cita cancelada o reprogramada sin aviso adecuado, y para las citas de otros servicios se le cobrará \$100.00 por cita cancelada o reprogramada sin aviso adecuado _____ (INICIALES).**

Nuestra oficina se compromete a proporcionar el mejor tratamiento posible para nuestros pacientes y cobramos lo que es usual y ordinario para nuestra zona. Todos nuestros planes de tratamiento son estimaciones de cortesía a lo mejor de nuestro conocimiento. En el caso de que su compañía de seguros no pague según lo estimado, el resto del balance es su responsabilidad.

Cargos financieros se aplicarán a todas las cuentas sobre 90 días a un cargo mensual de 5%. Después de que la cuenta haya sobrepasado los 90 días de atraso, la cuenta será enviada a colecciones. Se aplicara un cargo de colección de \$35 dólares a la cuenta de a partir del día que se envía a colección. Entiendo que si esta cuenta debe ir a la agencia de colección, voy a ser responsable de todos los cargos razonables.

Autorizo a los proveedores de Aquia Dental Care y el personal para tomar radiografías, modelos de estudio, fotografías, y otras ayudas de diagnóstico que se consideren apropiado por la doctora para hacer un diagnóstico profundo de mis necesidades dentales.

Autorizo a Los proveedores de Aquia Dental Care para realizar todo el tratamiento recomendado de mutuo acuerdo y emplear la asistencia que requiere en proporcionar la atención adecuada.

Estoy de acuerdo en el uso de anestésicos, sedantes, óxido nitroso, y otros medicamentos necesarios. Entiendo perfectamente que el uso de agentes anestésicos o sedantes representa ciertos riesgos.

He leído la Póliza Financiera y estoy de acuerdo con la póliza y he recibido o han ofrecido una copia de la notificación de prácticas de privacidad de la oficina.

Nombre del paciente o Guardián Legal

Firma del paciente o Guardián Legal

Fecha