MORTENSON® Family Dental

Contrato Financiero del Paciente

Nombre del paciente _____ Fecha _____

Estamos muy agradecidos de que nos permita la oportunidad de cuidar de su salud dental, y de ser partícipes en el incremento y constancia de su salud oral.

Para su conveniencia, aceptamos pagos por su tratamiento en efectivo, cheque, tarjeta de crédito, o a través de una financiera asociada con nosotros, lo cual asegurará de que todos los pacientes pueden recibir los cuidados necesarios. Los pagos por su tratamiento se hacen al momento de recibirlo.

Si usted quisiera usar los beneficios de su seguro dental, cordialmente enviaremos el reclamo a su seguro por la porción que usted espera como pago. Nosotros actualizaremos su cuenta con todos los pagos y ajustes recibidos de la compañía aseguradora, y también le haremos saber si el pago de su seguro dental solo cubre parte del reclamo, para que usted nos envíe un pago por la parte no cubierta.

Si usted necesita hacer algún cambio después de haber hecho arreglos financieros, puede hacérnoslo saber para que podamos asistirle. Si por alguna razón, después de 30 días no recibimos pago por cualquier saldo que tenga con nosotros, nos veremos en la necesidad de iniciar el proceso de cobranzas, el cual puede incluir sobrecargos por proceso y financiamiento.

Contrato

Con mi firma, indico de que entiendo el proceso financiero, y que estoy de acuerdo con cada paso. Indico, también, que soy responsable de los costos de mi tratamiento y por cualquier saldo pendiente que la financiera o la compañía de seguros no haya cubierto. Yo entiendo y estoy de acuerdo con que esta oficina comparta mi información dental por asuntos de cobranzas solamente. Este contrato no autoriza a esta oficina que comparta mi información por cualquiera otra razón. Yo entiendo que esta oficina iniciará el proceso de cobranzas por cualquier saldo que permanezca pendiente después de 30 días.

Nombre del Paciente	Firma del Paciente	Fecha