



36840 Industrial Way, Suite A, Sandy, OR 97055
503-668-8301

ARREGLOS Y PÓLIZAS FINANCIALES

Como cortesía, lo asistiremos facturando a su compañía de seguro dental por usted. Entienda que no estamos participando con todos los planes dentales, pero haremos nuestro mejor esfuerzo para ayudarlo a interpretar los beneficios de su plan. **Además, tenga en cuenta que su porción de co-aseguranza y/o responsabilidad del paciente vence al momento del servicio.**

Si no tiene seguro, requerimos el pago completo al momento del servicio. Ofrecemos un 10% de descuento si paga por completo en el momento del servicio con efectivo, cheque personal o giro postal. Si prefiere realizar pagos, también aceptemos VISA, MASTERCARD, y otras tarjetas de crédito estándar. (Consulte.) Los planes de pago sin intereses o extendidos están disponibles a través de CareCredit (crédito extendido por Synchrony Bank, sujeto a aprobación de crédito).

Se aplicarán cargos financieros de 1.5% por mes a cualquier saldo no pagado después de 90 días.
Cargo mínimo \$2.50 Tasa de porcentaje anual 18%

OHP RENUNCIA

Es nuestra póliza de la oficina como estándar de práctica aceptar el Plan de salud de Oregon solo para las personas de 12 años de edad o menores que están exentas de derechos en nuestra práctica. Si tiene el OHP y todavía elige obtener servicios aquí acepta ser responsable de pagar nuestras tarifas estándar por los servicios.

AUTORIZACIÓN Y PERMISO

Le he informado de todos los seguros que deseo facturar, y entiendo que debo informarle de manera oportuna si hay algún cambio.

Autorizo a la clínica a divulgar cualquier información, incluido el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen que se me proporcione a mí o mi hijo/a durante el periodo de dicha atención dental, a compañías de seguros y / o profesionales de la salud.

Autorizo y solicito a mi compañía de seguros que pague directamente al dentista los beneficios de seguro que de lo contrario se me pagarían.

Entiendo que mi compañía de seguro dental puede pagar menos que la factura real por los servicios. Acepto ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre y el de mis dependientes.

X _____
Imprimir el nombre del paciente

X _____ X _____
Firma del paciente (O padre/ tutor, si es menor) Fecha

¡Muchas Gracias por elegir nuestra oficina!