

FORMULARIO DE POLÍTICA FINANCIERA DE ISLAND LAKE DENTAL

ESTA PÓLIZA COMIENZA EL 9 DE JUNIO DEL 2026:

Island Lake Dental se compromete a brindarle la mejor atención posible. Si tiene seguro dental, le ayudaremos a recibir el máximo beneficio permitido. Para lograr estos objetivos, necesitamos su cooperación y comprensión de nuestras políticas financieras. Queremos dejar claro que presentaremos su reclamación al seguro como una cortesía para usted. Sin embargo, nuestra relación es con usted, no con su compañía de seguros. Es su responsabilidad conocer la cobertura y los beneficios de su seguro. Esperamos su cooperación para obtener el pago de su compañía de seguros si surgen dificultades. Después de 90 días, con ciertas excepciones, el saldo deberá pagarse en su totalidad por usted:

- Las citas que sean canceladas o reprogramadas con menos de 48 horas de anticipación estarán sujetas a un cargo por cancelación de \$50.00.
- Debido a la alta demanda de citas, específicamente las citas por la tarde o los sábados, si cancela estas citas, YA NO PODRÁ RESERVAR una cita por la tarde o los sábados.
- Los padres que acompañen a sus hijos durante la cita son financieramente responsables del pago en el momento en que se prestan los servicios.
- Cualquier paciente nuevo que no pague durante su primera visita NO será reprogramado.
- Si existe un saldo pendiente anterior en una cuenta familiar, ya sea de hijos, cónyuges o padres, este saldo deberá cobrarse en la próxima visita.
- Si llega 10 minutos tarde a su cita, entrará en vigor la política de "No Presentarse" (No Show). Se agregará un cargo de \$50.00 a su cuenta y NO reprogramaremos su cita hasta que se haya pagado ese saldo.

Opciones de pago aceptable:

1. Efectivo 2. Crédito/Débito 3. Amex 4. Discover

NO ACEPTAMOS CHEQUES

Entendemos que puede haber ocasiones en las que ocurra una emergencia imprevista y usted no pueda asistir a su cita programada. Si experimenta circunstancias atenuantes, comuníquese con nuestro gerente de oficina, quien puede decidir si eximir el cargo por "No Presentarse" (No Show)

Yo, _____, acepto estos términos financieros.

Firma del paciente (o padre/tutor si es menor de edad)

Fecha