

CASTLE HILLS



FAMILY DENTAL

CASTLE HILLS FAMILY DENTAL

Rafael L. Mercado, DDS, PLLC
1931 NW Military Hwy Suite #225
Castle Hills, Texas 78213
(210)732-4570 phone
(210)732-4570 fax

ACUERDO de PAGO de PACIENTE

Gracias por darnos la oportunidad de ayudarle a alcanzar sus metas de salud bucal. Durante nuestra discusión sobre las recomendaciones de su tratamiento y nuestra política financiera escrita, se formularan las siguientes disposiciones financieras:

El costo estimado para su tratamiento es de \$ _____. Una vez que ha comenzado el tratamiento dental. Cambios en el plan de tratamiento dental pueden ser requeridos, dependiendo de las condiciones orales. Le informaremos si esto ocurre y se le dará la opción de continuar o cambiar el tratamiento. _____
(Iniciales)

Como usted sabe, es política de esta práctica recibir el pago antes de terminar el tratamiento. Si usted decide suspender la atención antes de completar el tratamiento, su reembolso se determinara luego de revisar su caso. Se estima que su seguro cubrirá \$ _____. Usted acepta que cualquiera de los pagos anticipados no hechos por su aseguranza se convertirán en su responsabilidad.

Usted ha accedido a pagar su parte del costo de tratamiento de la siguiente manera:

- q Pago en su totalidad por la suma de \$ _____
Pagado con: _____
- q Deposito requerido: \$ _____
Estimado del seguro: _____
Descuento: \$ _____
Restante del costo de tratamiento: \$ _____
- q ____ pagos iguales de \$ _____
Y un pago final de \$ _____

Para los pacientes de Ortodoncia: _____
(Iniciales)

Usted acepta pagar las cuotas mensualmente (sin importar si atiende a la cita o no). El tratamiento está calculado a tardar _____ meses y por lo menos un año de retención. El costo de la ortodoncia incluye todo lo relacionado con esta, radiografías, impresiones, y registros tomados una vez que el tratamiento haya comenzado. El costo de la ortodoncia no incluye los registros originales, odontología general, obturaciones, extracciones y exámenes para caries, etc. Usted entiende que el tratamiento se suspenderá sin reembolso por falta de cooperación de paciente o no cumplir con el plan de tratamiento.

Opciones del Pago: _____
(Iniciales)

Su pago será cargado a la tarjeta de crédito el mismo día todos los meses. Si el día de pago es fin de semana o feriado, se hará el cargo el siguiente día de trabajo, sin ningún cargo por retraso. Si su pago se atrasa, tendrá un cargo de \$10.00 y un cargo de \$25.00 si su transacción es declinada.

Si tiene alguna pregunta sobre el plan de su tratamiento o la elección de sus opciones de pago, no dude en preguntar. Estamos aquí para ayudarle a tener la sonrisa que quiere y el trabajo dental que necesita.

Paciente/Padre/ Tutor legal Fecha

Nombre de Paciente (letra de molde)

Testigo Fecha