

Dustin V. Goodwin, DDS, PC

75 East 1400 South

Garland, UT 84312

(435) 257-7016

Póliza y Acuerdo Financiero

Estamos comprometidos a brindarle la más alta calidad de atención dental. Al hacerlo, hemos creado una política financiera para reducir nuestros costos administrativos y mantener nuestras tarifas lo más bajas posible. Al firmar a continuación, acepta lo siguiente:

_____ inicial **Acuerdo financiero:** Usted acepta pagar el monto cobrado por el tratamiento y los servicios profesionales para usted y sus dependientes al momento del tratamiento, a menos que se hagan otros arreglos con el coordinador financiero. Aceptamos efectivo, cheques, MasterCard y Visa. Usted comprende que si son necesarios arreglos financieros, pueden consistir en pagos de hasta tres meses con nuestra oficina. Si se necesitan planes de pago con plazos más largos, se utilizarán compañías financieras externas con sus propios requisitos. Se aplican cargos por servicio por el uso de estas empresas. Solicite una solicitud al coordinador financiero si desea utilizar estos servicios. Además, acepta que si no paga el tratamiento según lo acordado, se podrían emprender acciones legales en su contra. En caso de que su cuenta sea entregada para cobranza, usted acepta pagar todos los costos para cobrar la deuda, incluidos, entre otros, intereses por un monto del 18% anual, honorarios de abogados, costos judiciales y honorarios de cobranza por el monto de 40% La obligación de pagar las tarifas de cobro se impondrá al momento de la asignación de la deuda a una agencia de cobro de deudas de terceros.

_____ inicial **Acuerdo de seguro:** si tiene seguro dental, lo ayudaremos a procesar sus reclamos de seguro. Este es un servicio que brindamos a nuestros pacientes. Para procesar sus reclamos, debe traer prueba de seguro a su cita. Usted, el paciente, es responsable del pago de la atención dental, independientemente del estado del reclamo. Su plan de seguro es un contrato entre usted y la compañía de seguros. No podemos garantizar el pago de su reclamo. La reducción, la reducción de los procedimientos o el rechazo de su reclamo por parte de su compañía de seguros no alivian la obligación financiera en la que ha incurrido.

_____ inicial **Acuerdo de cheque devuelto:** Usted acepta pagar una tarifa de \$ 20 por cheques devueltos.

_____ inicial **Acuerdo de cita rota:** para tratar adecuadamente sus necesidades dentales de manera oportuna, y para acomodar de manera justa a todos los pacientes que requieren atención, es muy importante mantener su cita con nosotros. Requerimos un aviso de 24 horas para la cancelación o reprogramación de su cita. Usted comprende que se le puede cobrar una tarifa de \$40 por citas perdidas o canceladas que ocurran con menos de 24 horas de antelación.

Reconozco que he leído esta Política financiera en su totalidad y acepto cumplir con todos los términos y condiciones del presente.

Nombre del paciente

Nombre de la parte responsable

Firma de la parte responsable

Fecha

--