

## **Póliza Escrita De Finanzas**

Gracias por elegir como oficina dental a Bay Area Dental Office. Nuestra misión es brindarle lo mejor de nuestro servicio Dental. Una parte importante de nuestra misión es hacer el costo de tratamiento fácil y manejable para todos nuestros pacientes ofreciéndoles varias maneras y opciones de pagos.

### **Opciones de Pagos**

- Cash, Cheque, Visa, MasterCard, American Express o Discover Card

Ofrecemos un descuento de 5% (*Full Payment*) para pacientes que paguen el tratamiento con cash, cheque, o tarjeta de crédito por completo antes de empezar el tratamiento. Esto solo aplica para tratamiento con un costo de \$600.00 o más.

- Ofrecemos pagos mensuales convenientes<sup>1</sup> de Care Credit (I.D. requerido)
  - Dándole la opción de hacer pagos mensuales por varios meses.
  - No penalidades ni recargos anuales

### **Bay Area Dental Office requiere pago antes de empezar su tratamiento.<sup>2</sup>**

Para tratamiento que requieren múltiples citas planes de pagos alternativos son proveídos. Para tratamiento más de \$1000 un depósito de 50% es requerido para asegurar su primera cita de tratamiento.

También ofrecemos planes de pagos dentro de la oficina solo para tratamiento de \$600 o más. Si usted decide este plan tendría que pagar el 50% del total de su tratamiento como depósito para empezar y después pagos quincenales, cada 15 días. (Su identificación será requerida y una tarjeta de crédito debe dejar en el archivo o cheques fechados para recibir financiamiento en la oficina). Cobramos 5% interés si sus pagos son más de 2 meses tarde.

Para todos los pacientes que tienen seguro dental estamos contentos en trabajar con usted y su seguro para maximizar sus beneficios y cobrar directamente a su seguro por el tratamiento que necesite.<sup>3</sup>

**Un cargo de \$65.00 será cobrado para pacientes que pierdan su cita o la cancelen sin una noticia de 24 horas.**

Bay Area Dental office cobra \$45.00 por cada cheque rebotado.

Si tiene alguna pregunta por favor siéntase cómodo en preguntar porque nuestro propósito es ayudarle con su salud dental.

\_\_\_\_\_  
**Nombre de Paciente**

X

\_\_\_\_\_  
**Firma de paciente o padre/guardián responsable**

\_\_\_\_\_  
**Date**

<sup>1</sup> Dependiendo aprobación de crédito

<sup>2</sup> Si usted decide en discontinuar su tratamiento antes de que sea completo, su reembolso será determinado dependiendo su caso.

<sup>3</sup> Si no recibimos pago de su seguro dentro de 90 días usted será responsable por sus pagos y las cuotas de su tratamiento que no fueron pagadas por su tratamiento.