



FIRST CITY DENTISTRY

MATTHEW O. BLUTH, D.D.S.

T (715) 223-4844

F (715) 223-6957

202 E. Birch St., P.O. Box 147, Abbotsford, WI 54405

www.firstcitydental.net

La Política Financiera del Paciente / Seguro Dental

Bienvenido a nuestra oficina. Nosotros sentimos honrados que Usted nos ha elegido como su proveedor de salud dental. Estamos comprometidos a proveerle con el mejor cuidado posible. Para lograr este objetivo, necesitamos su ayuda y comprensión de nuestra política de pago.

- El pago es debido en el día de servicio. Aceptamos pagos en cash, cheque, y tarjeta de crédito. Un descuento se dará si el pago es en la forma de cash o cheque.
- Como una cortesía a nuestros pacientes, tenemos otros mecanismos de financiamiento que hay disponible con Care Credit. *Se necesita aprobación de crédito*
- Estimaciones del tratamiento son efectivos por 90 días. Un plan de tratamiento es un estimado. Hay una chanca que el tratamiento puede cambiar dependiendo en la condición, resultando en un cambio en cargos.
- Sera un cargo de \$25.00 por todos los cheques devueltos.
- Citas que se falló o cancelados con un aviso menos de 24 horas puede resultar en un cargo de \$50.00.
- Si después de varios intentos se han hecho a recoger cualquier balance pendiente, sin una respuesta del paciente o la persona responsable, su cuenta puede ser enviada a colecciones.

INFORMACIÓN DEL SEGURO DENTAL

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	ASEGURADO DEL SEGURO	RELACIÓN AL PACIENTE
PACIENTE ID/SUSCRIPTOR #	GRUPO #	SS#
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	CIUDAD/ESTADO	TELÉFONO#
EMPLEADOR	CIUDAD/ESTADO	

Estaremos encantados de presentar reclamaciones de seguros en su nombre, y trabajaremos con usted para maximizar sus beneficios permisibles. Nuestro personal estimaran sus pagos y deducible. Esa cantidad es debida en el día de servicio. La cantidad que paga su compañía de seguro varía. Si paga más que esperado, podemos darle un reembolso o podemos mantener la cantidad en su cuenta como un crédito. Si su seguro paga menos que esperado, le enviáramos un estado de cuenta con el balance. Solicitamos el pago completo en 20 días.

Por favor tenga en cuenta que el contrato entre usted, su empleador, y su seguro está diseñado para ayudarle con sus gastos dentales. Sus cargos en nuestra oficina son su responsabilidad. No basamos el tratamiento diagnosticado en su cobertura de seguro. Lo basamos en sus necesidades y deseos. Nos enorgullecemos de la calidad de atención que ofrecemos a nuestros pacientes y hacemos todo que hay posible para tener su visita dental con nosotros lo más confortable que puede ser.

He leído y entiendo la política financiera anterior.

FIRMA _____

FECHA _____