

# Marquis Sedation and Family Dentistry

## POLIZA DE PAGO

**Pago por servicio dado sera pagado inmediatamente.** Aceptamos en efectivo, tarjetas de credito(MASTERCARD,VISA,DISCOVER) y tarjetas de debito. No aceptamos American Express o cheques personales. Nuestra preocupacion principal es que usted reciba un tratamiento de calidad. Si usted tiene un seguro dental, le ayudaremos a que usted reciba sus beneficios al maximo. Pero para poder ayudarle necesitamos su ayuda y comprension a nuestra poliza de pago.

### SEGURO DENTAL:

Como una cortesia usted, nuestro paciente, nosotros cobraremos a su seguro primario para todo el tratamiento aprobado. Su poliza de seguro dental es un contrato entre usted y su compania de seguro. Como proveedor de salud nosotros no somos parte de este acuerdo. Hay distintas clases de aseguransas, algunas pueden cubrir el 100% por ciento y aveces no cubren nada del tratamiento. Todos los pacientes que esten cubiertos bajo el plan de PPO estan obligados a pagar su porcentaje al momento de comenzar el tratamiento.

**Aunque le cobremos a su seguro dental, como una cortesia que ofrecemos al nuestro paciente, todos los cargos son responsabilidad del paciente desde el momento que el tratamiento se empieza. Permitimos 30 dias para que nos paquen, empezando desde el dia que su tratamiento a sido sometido a su seguro dental. Despues de los 30 dias todos lo cargos son responsabilidad del paciente.**

### CARGOS AL SERVICIO:

Todo cargo contraido en el procedimiento de coleccion de pago es responsabilidad del paciente.

### CITAS FALTADAS:

Cuentas seran cobradas por no acudir o por cancelar sin avisar 48 horas antes del dia de su cita. Si usted ha confirmado su cita y no demuestra ni llama para cancelar la cita, le cargarán la CANTIDAD COMPLETA de la cita.

Cuando una cita se ha hecho por favor recuerde que el tiempo de cita esta reservado solamente para usted.

### CONSENTIMIENTO FINANCIERO:

Al firmar este documento, usted admite estar de acuerdo con la poliza financiera de Marquis Family Dentistry, y los terminos ya mencionados. **Asimismo, usted se responsabiliza de pagar todo cargo que su seguro dental no pague a Marquis Family Dentistry.**

---

Firma y Fecha