



DAREN F. GEHRING, DDS

1624 North 200 East, Suite 100

Logan, UT 84341

Phone: (435) 752-4330

POLÍTICA FINANCIERA DE OFICINA

Apreciamos su permitiéndonos proveer cuidado dental para su hijo. Porque valoramos nuestra relación con usted y creemos que las mejores relaciones se basan en la comprensión, ofrecemos estas aclaraciones de los métodos de pago de servicios. El pago total en efectivo, cheque o tarjeta de crédito/cargo en cada cita, se debe en el momento del servicio. Para su comodidad, Visa, Mastercard, Discover y American Express son aceptadas. Nosotros no extendemos crédito para el largo plazo, ya que no somos una agencia de préstamos.

- Estaremos dispuestos de presentar su reclamación de seguro en la primera visita si hemos recibido toda la información de su seguro. Usted tendrá que pagar y la cantidad que está decidido a no pagar por su plan de seguro, tales como deducibles y porcentajes de copago.
- El padre o tutor que acompaña al niño es responsable por el pago en el momento del servicio a menos que hayan sido aprobados los acuerdos anteriores.
- Estamos dedicados a proveer el mejor tratamiento para nuestros pacientes y nuestros honorarios se basan en el tratamiento más adecuado para su hijo. Por favor, tenga en cuenta lo siguiente:
 1. Debemos destacar que como profesionales de la salud, nuestra relación es con usted, no su compañía de seguros. Su seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros. No somos una parte de ese contrato. Cualquier cantidad que el seguro no paga, será su responsabilidad.
 2. El monto no cubierto por su seguro se paga en el momento del servicio, tales como deducibles y copagos. Sin embargo, si no recibimos el pago de la compañía de seguros dentro de los 60 días siguientes a la presentación de una demanda, que se espera que pagar por todos los servicios dentales en su totalidad dentro de los 10 días de la notificación. En el caso de un pago duplicado, se le reembolsará.
 3. Usted es responsable del pago, independientemente de la determinación arbitraria de cualquier compañía de seguros de las tasas. Tenga en cuenta que algunos servicios que pueden ser los servicios no cubiertos y no se consideran razonables y necesarios por su seguro dental.
 4. Debido a que es difícil para que podamos completar y la apertura en breve plazo, todos los no-show y citas canceladas con una antelación mínima de 24 horas se les cobrará una cuota que tendrá que ser pagado antes de la cita puede ser reprogramada. Estas tarifas son: \$25 para una cita de higiene regular, \$40 para una cita operatorio, de \$135 para una cita de sedación oral en la oficina, y \$200 para una cita en el hospital ambulatorio.
 5. Un cargo de \$25 se evaluará sobre cualquier cheque devuelto y un cargo de 2% mensual (24% anual) de cualquier saldo pendiente de pago se añadirá mensual al saldo pendiente de pago, y será evaluado en todas las cuentas superior a 90 días a partir de la fecha de servicio a menos que los arreglos financieros previamente escritos se hacen. Todo los pagos se acreditarán primero a los costos de cobranza, honorarios de abogados y los intereses devengados.
 6. En caso de que su cuenta sea entregada a cobros, usted será responsable de todo el coste de la recogida, sin limitación, honorarios de abogados y costas judiciales y/o las tasas de presentación asociados con la colección. Usted estará de acuerdo a pagar el saldo restante, junto con una comisión de agencia de cobro de hasta el 40% del saldo en mora en el caso de que su cuenta está asignada a una agencia de cobros.

Haremos nuestro mejor esfuerzo para maximizar los beneficios del seguro de que usted es elegible para recibir y apreciamos su pronta solución de cualquier cargo que pueda incurrir durante el tratamiento. Esperamos años de estrecha colaboración con usted a medida que trabajamos juntos para mantener la salud oral de su hijo.

ACUERDO

Yo doy mi permiso a usted o a su cesionario a llamarme por teléfono en casa o en mi lugar de trabajo para discutir asunto relacionados con este formulario. Certifico que entiendo completamente y con precisión todo lo que se ha dicho y yo estoy de acuerdo en cumplir con las condiciones establecidas en el mismo.

Esta Política Financiera oficina he leído y entendido y estoy de acuerdo con su contenido.

Firma

Fecha