







Von J. Kunz, D.D.S

Matt Kunz, D.D.S

FAMILY DENTISTRY

## **NORMA FINANCIERA**

Los doctores Von y Matthew Kunz y los empleados le dan la bienvenida a nuestra oficina y le agradecemos que nos haya elegido como su proveedor de servicio de salud dental. Estamos comprometidos a brindarle atención de la manera más atenta y profesional. Por favor, comprenda que el pago de su factura se considera parte de su tratamiento. La siguiente es una declaración de nuestra norma financiera, que le solicitamos que lea y firme antes de cualquier evaluación o tratamiento.

**NUESTRA NORMA FINANCIERA:** Nuestra oficina ha establecido procedimientos que mantienen tratamientos de calidad y costos razonables para nuestros pacientes. Los costos por la examinación, radiografías y cualquier otra ayuda diagnóstica obtenidos durante la primera cita se deben pagar en ese momento. Si su tratamiento dental no está cubierto por el seguro, o si desea que su consulta y tratamiento se realicen el mismo día (es decir, pacientes de emergencia), solicitaremos el pago total antes del tratamiento. Los precios cotizados son solo estimados. Si el procedimiento resulta ser más complejo de lo previsto, los precios se ajustarán en consecuencia. Los precios citados serán honrados por seis meses.

**SU COBERTURA DE SEGURO:** Como cortesía hacia usted, presentaremos su reclamo de seguro y aceptaremos la asignación de los beneficios del seguro después de su primera visita. Sin embargo, según lo que nos informe su compañía de seguros, requerimos que su parte estimada (incluido cualquier deducible) se pague en el momento del servicio. Si su compañía de seguros no ha pagado su cuenta en su totalidad dentro de 90 días, la cuenta vencerá y se le enviará un estado de cuenta exigiendo el resto del pago dentro de los próximos 10 días del trabajo. Una vez que se reciban todos los beneficios del seguro, con gusto le reembolsaremos cualquier pago en exceso. Recordamos a nuestros pacientes que el seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros para pagarle a usted ciertas cantidades por el servicio dental. Su factura es un contrato entre usted y su médico, y no involucra a la compañía de seguros, incluso cuando presentamos el reclamo de seguro para usted. En resumen, usted es responsable por todos y cada uno de los cargos no pagados por su compañía de seguros, y su obligación financiera de pagar no depende de la cobertura del seguro.

**PRECIOS ORDINARIOS Y COMUNES:** Nuestra clínica está comprometida a brindar el mejor tratamiento a nuestros pacientes, y cobramos lo que es común y habitual en nuestra área. Usted es responsable del pago independientemente del "programa" arbitrario de tarifas de cualquier compañía de seguros, que no tiene relación con el estándar actual y el costo del servicio dental en esta área.

**CUENTAS IMPAGADAS:** Todas las cuentas que permanezcan impagas después del período de tiempo antes mencionado serán enviadas a nuestra agencia de cobranza local. Reconocemos que los problemas financieros temporales pueden afectar el pago oportuno de su cuenta. Si surgen tales problemas, le alentamos a que se comuniquen con nosotros de inmediato para obtener asistencia en la administración de su cuenta.

**OPCIONES DE CRÉDITO:** Como un servicio a nuestros pacientes, aceptamos, **VISA, MASTERCARD, DISCOVER, AMERICAN EXPRESS.** También ofrecemos planes de pagos extendidos a través de **CARE CREDIT y DENTAL FEE PLAN.** Una vez aprobado, ofrecemos un plan de pago para que el tratamiento se pague en pagos iguales durante un período de tiempo que no exceda 90 días. Este plan requiere que se pague 1/3 de la tarifa al momento del servicio y pagos de 1/3 del costo del tratamiento o \$50 por mes, lo que sea mayor. Todos los montos no pagados dentro de los 90 días estarán sujetos a un cobro de servicio del 18 % anual (1,5 % mensual).

Gracias por tomarse el tiempo para revisar nuestra norma financiera. Si usted tiene alguna pregunta o inquietud, nos gustaría tener la oportunidad de conversar con usted. Su firma a continuación indica que ha leído, comprende y está de acuerdo con esta norma financiera, y que usted será responsable del pago de los cobros dentales, los cobros de servicio y todos los costos de cobranza en caso de que esta cuenta sea asignada a una compañía tercera para su cobranza.

---

Representante Autorizado (tras revisión con el paciente)

---

Fecha



Von J. Kunz, D.D.S

Matt Kunz, D.D.S

FAMILY DENTISTRY

## RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**\*\*Usted puede negarse a firmar este reconocimiento\*\***

Reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina.

\_\_\_\_\_  
{Firma}

\_\_\_\_\_  
{Fecha}

---

### For Office Use Only

---

Solo para el uso de la oficina. Intentamos obtener un reconocimiento escrito del recibo de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, pero no se pudo obtener porque:

- El individuo se negó a firmar
- Obstáculos de comunicación prohibieron obtener el reconocimiento escrito
- Una situación de emergencia nos impidió obtener el reconocimiento escrito
- Otros (Favor de especificar)

---

---

---