



2230 North University Parkway Suite 8A, Provo, Utah 84604  
Telephone: (801) 370-0050

515 South 1000 East, Salt Lake City, Utah 84102  
Telephone: (801) 370-0050

## Póliza Financiera de la Oficina

Este formulario constituye nuestro oficial póliza financiera. Cualquier cambio debe ser hecho por escrito en este formulario y firmado por un representante de Wisdom Teeth Only y el paciente.

### Pagos de Efectivo/Sin Seguro

- ✓ Los pagos se deben al tiempo del servicio. Nosotros no tenemos contratos financieros en la oficina. Pero si, ofrecemos financiación por medio de CareCredit y nos encantaría ayudarlo a solicitar por un plan de pago si desea.
- ✓ Aceptamos efectivo, cheques, tarjetas de debito, y grandes tarjetas de credito (VISA, MASTERCARD, DISCOVER y AMERICAN EXPRESS). **Preferimos efectivo, cheques, o tarjetas de debito.**

### Seguro

- ✓ A menos que sea arreglado con nosotros, un \$ \_\_\_\_\_ **co-pago** se requiere al tiempo del servicio.
- ✓ Como cortesía a usted, nosotros cobraremos a su empresa de seguro; sin embargo, usted es responsable por su cuenta total. Cualquier discusión que surja con respecto a la cobertura de pago sólo es la obligación del grupo responsable.
- ✓ Cuando estaría yo requerido pagar mas de \$ \_\_\_\_\_?:
  1. Si su seguro ha alcanzado el maximo antes de que la cantidad contratada se paga; usted será responsables de pagar la cantidad que su seguro *habría pagado* si no hubiera alcanzado el limite.
  2. Usted es responsable por procedimientos negados por su seguro. El procedimiento más negado es él de la I.V. **Sedación.**

### MEDICAID (Sólo Tradicional)

- ✓ Nosotros sólo aceptamos **MEDICAID TRADICIONAL**. Mayormente ningun pago se requiere si usted es paciente de MEDICAID. Requerimos una copia de su tarjeta actual de MEDICAID. También requerimos su firma para el propósito de comprobar al gobierno que usted realmente estuvo en nuestra oficina.

El cobro para un cheque devuelto es \$20.00.

En caso que el pago en su totalidad, por cobros incurridos, no se hace; yo estoy de acuerdo que pagaré todo el costo de colección incluyendo un cobro de colección de 50%, cobros de abogados, el costo de corte y un tipo de interés de 1.5% mensualmente (18% por año).

Yo verifico que entiendo y estoy de acuerdo totalmente con las condiciones de la póliza financiera de esta oficina.

\_\_\_\_\_  
Firma del grupo responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del representante de Wisdom Teeth Only

\_\_\_\_\_  
Fecha