

# AVANTI DENTAL CARE

## ACUERDO FINANCIERO

Gracias por escoger Avanti Dental Care para su salud dental. Estamos comprometidos en su tratamiento dental para que sea exitoso, también reconosca que su pago es considerado parte de su tratamiento. Los siguientes puntos financieros son nuestros requisitos. Por favor lea y firme antes de su tratamiento.

### **Pagos:**

El pago de su tratamiento estimado es requerido en su totalidad el día de servicio. Incluyendo copagos y deducibles. Aceptamos efectivo, cheques, Visa, MasterCard, Discover y American Express. También ofrecemos financiamiento por CareCredit. Balances por más de 30 días serán sujetos a un interés de 1.5% mensual (18% anual).

### **Beneficios Dentales:**

Recuerde que su seguro dental en ocasiones paga solamente parte o nada de su tratamiento dental. Después de su pago inicial estimado y el pago de su seguro dental es su responsabilidad pagar cualquier balance final.

Por favor estudie su libro de beneficios dentales de su seguro.

### **Políticas de citas perdidas:**

Entendemos que la vida es agitada y los problemas de horario tal vez aparezcan. Si usted tiene que cambiar o cancelar su cita, por favor llame a nuestra oficina **antes de 48 horas**. El tiempo para su cita ha sido reservado para usted, si usted no cancela antes de 48 horas, o si no llega a su cita, se hará un cargo de **\$75.00 dolares** por cada hora perdida. Nosotros le recordaremos por medio de texto o correo electrónico de su cita. Por favor asegúrese de confirmar.

**ES IMPORTANTE QUE USTED VALORE NUESTRO TIEMPO; COMO NOSOTROS VALORAMOS EL SUYO.**

GRACIAS,

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE:

\_\_\_\_\_  
FECHA:

April, 2024