

POLÍTICA FINANCIERA Y ACUERDO DE CITAS

Gracias por elegir Lakeside Dental. Nuestro objetivo es brindar atención dental de la más alta calidad de manera transparente, respetuosa y eficiente. Para ayudarnos a ofrecer la mejor experiencia posible a cada paciente, le pedimos que revise las siguientes políticas financieras y de programación de citas.

POLÍTICA DE CONFIRMACIÓN DE CITAS Y LLEGADA

Como cortesía, podemos comunicarnos con usted por teléfono, mensaje de texto, correo electrónico u otros medios electrónicos para recordarle sus próximas citas. Confirmar su cita nos ayuda a reducir la cantidad de recordatorios innecesarios y nos permite administrar eficientemente el tiempo reservado para todos nuestros pacientes. **La falta de confirmación de una cita puede resultar en la liberación de ese horario y la necesidad de reprogramarla.**

La hora programada de su cita es el momento en que esperamos sentarlo y comenzar su tratamiento. Para ayudar a que su cita inicie puntualmente, **le pedimos que llegue de 5 a 10 minutos antes** de la hora programada. Si necesita actualizar su historial médico, información del seguro o formularios del paciente, le pedimos **que los complete antes de su cita o que llegue al menos 20 minutos antes.**

Entendemos que ocasionalmente ocurren retrasos y emergencias. Aunque haremos todo lo posible por atender a **los pacientes que lleguen tarde, su cita podría tener que acortarse o reprogramarse** para respetar el horario de los demás pacientes.

POLÍTICA DE CANCELACIÓN Y CITAS PERDIDAS

Le solicitamos amablemente que nos avise con **al menos 24 horas de anticipación o un día hábil completo** (lo que sea mayor) si necesita cancelar o reprogramar una cita. El aviso oportuno nos permite ofrecer ese horario reservado a otro paciente que espera recibir atención. Entendemos que pueden surgir enfermedades, emergencias y situaciones imprevistas, y siempre las tomaremos en consideración. Sin embargo, **las citas perdidas de forma repetida o las cancelaciones realizadas sin el aviso requerido** pueden resultar en un **cargo por cita perdida de \$50 o más**, dependiendo del tiempo reservado.

Las citas de **más de dos horas** o los tratamientos cuyo costo **exceda los \$2,000** pueden requerir un **depósito del 20 % al 50 %** para reservar el horario. Los depósitos se aplicarán al costo total del tratamiento. **Las citas perdidas o canceladas sin el aviso requerido pueden resultar en la pérdida total o parcial del depósito**, salvo cuando la ley lo prohíba.

Si circunstancias fuera de nuestro control —incluyendo clima severo, enfermedad, fallas del equipo u otras emergencias— requieren que reprogramemos su cita, le notificaremos con la mayor anticipación razonablemente posible.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

El pago debe realizarse al momento de prestar los servicios, a menos que se hayan aprobado previamente otros arreglos financieros. El tratamiento de emergencia o cualquier tratamiento realizado sin acuerdos financieros previos deberá pagarse al momento del servicio. Como cortesía, Lakeside Dental presentará con gusto las reclamaciones a su seguro y le ayudará a verificar sus beneficios siempre que sea posible. Las estimaciones de beneficios se proporcionan únicamente como cortesía y no constituyen una garantía de pago.

Aunque hacemos todo lo posible por proporcionar estimaciones precisas del tratamiento y de los beneficios del seguro, **las compañías de seguros no siempre nos proporcionan información completa o exacta.** Las pólizas de seguro varían considerablemente y pueden contener limitaciones, exclusiones, períodos de espera, máximos anuales, deducibles, reducciones de beneficios ("downgrades"), coordinación de beneficios u otras disposiciones. Asimismo, **las compañías de seguros pueden reducir o negar el pago de tratamientos ya realizados por razones que no fueron informadas previamente a nuestra oficina.** Como resultado, la porción estimada a cargo del paciente puede cambiar. **El paciente es, en última instancia, responsable del pago total de todos los servicios recibidos, independientemente de la cobertura o del pago de su seguro.**

La responsabilidad financiera del paciente puede incluir, entre otros:

- Deducibles • Copagos • Coaseguro • Máximos anuales • Servicios no cubiertos
- Procedimientos reducidos por la aseguradora ("downgrades") • Servicios denegados por el seguro

Aunque con gusto le ayudaremos a verificar sus beneficios y presentar reclamaciones, es responsabilidad del paciente comprender su cobertura de seguro, deducibles, máximos anuales, exclusiones y el estado de sus reclamaciones. Es responsabilidad del paciente informar a Lakeside Dental sobre cualquier cambio en su cobertura de seguro antes de que se preste el tratamiento.

Los saldos pendientes por más de 60 días podrán estar sujetos a un cargo financiero del 1.5 % mensual (18 % anual), salvo que se hayan aprobado previamente otros acuerdos de pago.

Cuando la ley lo permita, las cuentas en mora también podrán generar cargos por estados de cuenta, cargos por pagos devueltos, costos de cobranza, honorarios razonables de abogados, costos judiciales y otros gastos relacionados con el cobro de la cuenta.

CESIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO

Por la presente, cedo y autorizo el pago de mis beneficios del seguro dental directamente a Lakeside Dental por los servicios prestados a mí o a mis dependientes. Autorizo a Lakeside Dental a presentar reclamaciones al seguro en mi nombre y a proporcionar a mi compañía de seguros, sus representantes u otros terceros pagadores la información necesaria para determinar beneficios, procesar reclamaciones u obtener el pago de los servicios prestados.

Entiendo que:

- La cesión de beneficios no garantiza el pago por parte de mi compañía de seguros.
- Sigo siendo financieramente responsable de todos los cargos que no sean pagados por mi compañía de seguros.
- Si mi compañía de seguros emite el pago directamente a mi nombre por servicios prestados por Lakeside Dental, acepto entregar oportunamente dichos fondos al consultorio si aún existe un saldo pendiente.

PAGOS DEVUELTOS O REVERTIDOS

Cualquier cheque devuelto, pago rechazado con tarjeta de crédito o débito, contracargo (*chargeback*), devolución de ACH u otro pago revertido podrá estar sujeto a los cargos aplicables y al pago inmediato del saldo pendiente.

AUTORIZACIÓN DE COMUNICACIÓN

Al firmar este documento, autorizo a Lakeside Dental a comunicarse conmigo por teléfono, mensaje de voz, mensaje de texto, correo electrónico, correo postal u otros medios electrónicos con respecto a:

- Recordatorios de citas • Citas perdidas • Atención de seguimiento • Recomendaciones de tratamiento
- Recordatorios de atención preventiva • Asuntos relacionados con el seguro • Información sobre facturación y pagos
- Otras comunicaciones relacionadas con mi atención médica

Asimismo, autorizo a Lakeside Dental a divulgar la cantidad mínima necesaria de información relacionada con mi tratamiento y asuntos financieros a compañías de seguros, terceros pagadores, compañías de financiamiento o agencias de cobranza, cuando sea necesario para el procesamiento de reclamaciones, el pago de servicios o las operaciones de atención médica, según lo permita la ley aplicable.

ACUERDO DEL PACIENTE

Al firmar este documento, reconozco y acepto que:

- He leído y entiendo esta Política Financiera y Acuerdo de Citas.
- He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente.
- Entiendo que soy el responsable final del pago de todos los cargos derivados del tratamiento dental proporcionado a mí o a mis dependientes, independientemente de la cobertura de mi seguro.
- Autorizo la Cesión de Beneficios del Seguro descrita anteriormente.
- Me comprometo a notificar a Lakeside Dental sobre cualquier cambio en mi información de contacto, historial médico o cobertura de seguro.
- Acepto cumplir con las políticas descritas en este Acuerdo.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente (en letra de molde): _____

Si el paciente es menor de edad o carece de capacidad legal:

Padre, Madre, Tutor Legal o Representante Personal: _____

Relación con el Paciente: _____

FIRMAS

Paciente / Padre, Madre / Tutor Legal / Representante Personal Firma: _____

Nombre en letra de molde: _____ Fecha: _____

Testigo (Opcional) Firma: _____

Nombre en letra de molde: _____ Fecha: _____