

KidsKare P.C.

530 A North Telshor
505-532-KIDS (5437) • 505-522-4138 Fax

OUR PAYMENT POLICY

NUESTRA POLIZA DE PAGO

1. Full payment is expected at time of service, unless you have made **financial arrangements** or have verified insurance coverage **prior to treatment**. Cash, check and credit card.
1. *Se espera el pago completo al tiempo del servicio, solamente que se hayan hecho otra clase de **arreglos financieros** o se haya verificado que está cubierta bajo su aseguranza **antes del tratamiento**. Efectivo, cheques y carta de credito.*
2. For services over \$200.00 financial arrangements must be made **prior to treatment**. **No exceptions**.
2. *Por servicios que pasen de \$200.00 arreglos financieros deben de hacerse **antes del tratamiento**. **No excepciones**.*
3. If you have insurance coverage, we will file it for you. Deductible, if not already met, as well as your portion must be made at time of treatment, unless financial arrangements have been made prior to treatment. You are responsible for supplying your own insurance forms and for knowing your policy's limitations.
3. *Se está usted cubierta en su aseguranza, nosotros presentamos los documentos por usted. Su deducible debe de estar cubierto junto con la porción que a usted le corresponde al tiempo del tratamiento, solamente que se hayan hecho otra clase de arreglos antes del tratamiento. Usted es responsable por proveer sus formas de aseguranza y por saber las limitaciones de su póliza (aseguranza).*

4. If you need financial assistance, please ask for details about Care Credit in our office.
4. *Si necesita asistencia financiera, por favor pregunte por detalles acerca de Care Credit en nuestra oficina.*
5. If you have Medicaid and any other dental insurance we will make every attempt to recover payment from each source. However, you are ultimately responsible for payment if neither your insurance or Medicaid pays.
5. *Si tiene usted Medicaid y cualquiera otra aseguranza dental, haremos el esfuerzo posible para recuperar pago de cada source.*
6. We require 24 hours notice prior to a cancellation of your appointment or a \$25.00 broken appointment fee will be assessed for each person scheduled.
6. *Se require 24 horas de adelantado para cancelar una cita o \$25.00 dolares se cobrará por cada persona que cancele la cita.*

I have read the above policy and agree to abide by it.

He leído la póiza descrita arriba y estoy de acuerdo a cumplirla.

Patient Signature _____ Date _____

Firma del Paciente _____ *Fecha* _____