

Acuerdo Financiero del Paciente y Política de Pagos

D Street Dental (Steve Truman DDS Inc)

Gracias por elegir D Street Dental. Queremos que comprenda cómo funcionan el pago y el seguro en nuestra oficina antes de comenzar el tratamiento. Por favor, lea este acuerdo, háganos cualquier pregunta que tenga y firme al final. Le entregaremos una copia.

Consultorio: D Street Dental (Steve Truman DDS Inc) **Dirección:** 1099 D Street, San Rafael, CA 94901

Teléfono: (510) 883-3011 **Fecha de entrada en vigor:** 26 de junio de 2026

1. El pago vence al momento de prestarse el servicio

El pago de todos los servicios vence el mismo día en que los recibe, a menos que hayamos acordado por escrito otra modalidad antes de su visita. Si tiene seguro dental, la parte estimada que le corresponde a usted (deducible, copago, coaseguro y cualquier monto no cubierto) vence al momento de prestarse el servicio.

Aceptamos los siguientes métodos de pago:

- Efectivo
 - Cheque
 - Visa, Mastercard, American Express, Discover [edite para que coincida con lo que usted acepta]
 - Tarjetas de débito
 - Tarjetas HSA / FSA
 - [Otro: _____]
-

2. Seguro

Presentamos las reclamaciones al seguro como cortesía hacia usted. Presentar una reclamación es un servicio que ofrecemos para ayudarle; esto no cambia el hecho de que usted es responsable de su cuenta.

Tenga en cuenta lo siguiente:

- **Cualquier monto de cobertura que le indiquemos es un ESTIMADO, no una garantía.** Los beneficios del seguro dependen de las reglas de su plan, y no podemos prometer lo que su plan pagará o no pagará. La decisión final le corresponde a su compañía de seguros.
- Su seguro es un contrato entre usted (o su empleador) y su compañía de seguros. **No** es un contrato entre la compañía de seguros y nuestra oficina.

- **Usted es responsable de** su deducible, copagos, coaseguro, servicios que su plan no cubre y **cualquier saldo que su plan no pague**, incluidos los montos denegados o pagados por debajo de nuestra tarifa.
 - Si su seguro no ha pagado dentro de [número, p. ej. 60] días a partir de la fecha en que presentamos su reclamación, el saldo pasa a ser su responsabilidad y vence en su totalidad.
 - Es su responsabilidad conocer sus propios beneficios, su elegibilidad y cualquier límite, período de espera o requisito de autorización previa. Por favor, infórmenos de inmediato si su información de seguro cambia.
-

3. Cesión de beneficios

Autorizo y ordeno a mi(s) plan(es) de seguro dental que paguen los beneficios **directamente a D Street Dental (Steve Truman DDS Inc)** por los servicios que reciba. Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para procesar mis reclamaciones. Entiendo que soy responsable de cualquier saldo que mi plan no pague.

Tenga en cuenta también lo siguiente:

- **Algunos planes no respetarán esta cesión.** Ciertos planes no cedidos (non-assigned), de indemnización (indemnity) o PPO pueden enviarle el pago directamente a usted en lugar de a nuestra oficina. **Si su plan le paga directamente a usted, usted acepta remitirnos ese pago sin demora** para aplicarlo a su cuenta.
 - **Esta autorización permanece en vigor hasta que la revoque por escrito**, y en ningún caso por más tiempo del período durante el cual nuestra oficina conserva sus registros conforme a la ley aplicable y a nuestra política de retención de registros.
-

4. Parte responsable

La persona que firma este acuerdo es la **parte responsable** de la cuenta y acepta pagar todos los cargos por los servicios prestados.

Para pacientes que son menores de edad (menores de 18 años): El padre, la madre o el tutor que lleva al niño a la cita, o que autoriza el tratamiento, es por lo general la parte responsable y acepta pagar la atención del niño. Esto es así independientemente de cualquier acuerdo entre padres separados o divorciados sobre quién paga. No intervenimos en disputas entre padres acerca de quién es responsable; nos remitimos al adulto que presenta al niño para el tratamiento.

Excepciones para ciertos menores: Conforme a la ley de California, un **menor emancipado** o un menor que consiente legalmente su propia atención en las circunstancias limitadas que California permite puede ser la parte responsable de esa atención. En esas situaciones, identificaremos a la persona económicamente responsable al momento de prestarse el servicio.

5. Citas: cancelaciones, citas perdidas (no presentarse) y llegadas tarde

El horario de su cita se reserva exclusivamente para usted. Cuando una cita se pierde o se cancela a último momento, ese horario no puede ofrecerse a otro paciente que necesita atención.

- **Por favor, avísenos con al menos 48 horas de anticipación** si necesita cancelar o reprogramar.
- **Cargo por cita perdida / cancelación tardía:** Si cancela con menos de 48 horas de anticipación o no se presenta, podría cobrarse a su cuenta un cargo de **\$[en blanco]**. Este cargo **no** es facturable al seguro y es su responsabilidad.
- **Excepción por programa:** **No** cobraremos este cargo a ningún paciente cuando hacerlo esté prohibido por el programa de cobertura de ese paciente. Por ejemplo, los cargos por cita perdida no se cobran a los beneficiarios de **Medi-Cal / Denti-Cal**, de acuerdo con las reglas del programa.
- **Llegadas tarde:** Si llega tarde, haremos lo posible por atenderle, pero es posible que necesitemos acortar su visita o reprogramarla para mantenernos puntuales con los demás pacientes. Llegar más de [número, p. ej. 15] minutos tarde puede tratarse como una cita perdida.

6. Cargo por cheque devuelto / tarjeta rechazada

Si su banco devuelve un cheque, o si un pago con tarjeta es rechazado o revertido, se agregará a su cuenta un cargo por servicio de **\$[en blanco]**. También podríamos solicitarle que, en adelante, pague en efectivo, con giro postal (money order) u otro método garantizado.

[Establezca este monto de modo que cumpla con el **California Civil Code § 1719**, que limita el cargo por servicio por cheque devuelto a **\$25 por el primer cheque devuelto y \$35 por cada cheque adicional** (sin contar el procedimiento separado de reclamación de daños triplicados / treble damages). No ingrese un monto superior a estos límites.]

7. Saldos vencidos y cobranzas

Le enviaremos un estado de cuenta por cualquier saldo adeudado. Si su cuenta queda vencida:

- Un saldo se considera vencido [número, p. ej. 30] días después de la fecha del estado de cuenta.
- **[Opcional — confirme con el asesor legal antes de incluirlo.** Podría aplicarse un cargo por mora o cargo por servicio de [monto o porcentaje] a los saldos vencidos. **Nota:** Un cargo financiero o cargo por servicio periódico sobre una cuenta de consumidor puede, por sí mismo, activar obligaciones de divulgación bajo la Truth in Lending Act / Regulation Z federales y está sujeto a los límites de usura de California (por lo general, un tope del 10% anual para prestamistas no exentos). O bien omita esto, o inserte una tasa específica, lícita y divulgada que el asesor legal haya

confirmado y que se refleje en el reconocimiento de la Sección 11. No deje una tasa abierta o en blanco en el formulario final que se entrega a los pacientes.]

- Si su cuenta permanece impaga, podemos remitirla a una agencia de cobranzas externa o tomar otras medidas lícitas para recuperar el saldo. Usted puede ser responsable de los costos razonables de cobranza en la medida en que la ley lo permita.

Preferimos mucho más llegar a un arreglo con usted que enviar una cuenta a cobranzas. **Por favor, llámenos al (510) 883-3011 si tiene dificultades para pagar:** a menudo podemos organizar un plan.

8. Planes de pago y financiamiento de terceros

Ofrecemos opciones para ayudarle a costear su atención:

- **Financiamiento de terceros** como **CareCredit** [u otros], que es una cuenta de crédito separada entre usted y la compañía de financiamiento.
- **Arreglos de pago dentro de la oficina**, cuando se aprueban con anticipación y se ponen por escrito.

Aviso de la Truth in Lending Act: Si nuestra oficina misma le otorga crédito que es pagadero en **más de cuatro cuotas**, o que incluye un **cargo financiero**, la ley federal (la Truth in Lending Act / Regulation Z) nos exige entregarle una divulgación escrita separada de Truth in Lending antes de que usted firme. Esa divulgación indica el **monto financiado, el cargo financiero, la tasa de porcentaje anual (APR), el total de pagos y el calendario de pagos.**

Si le corresponde un plan de pago dentro de la oficina, nuestro Anexo de Plan de Pago en la Oficina por escrito —que contiene las divulgaciones completas de Truth in Lending mencionadas arriba— se incorpora y forma parte de este acuerdo por referencia. Solicítenos ese anexo; lo recibirá y firmará antes de que comience cualquier plan dentro de la oficina. (Nota: si su atención dental se financia a través de un prestamista externo como CareCredit, ese prestamista —no nuestra oficina— le proporciona las divulgaciones de Truth in Lending de su cuenta con ellos.)

9. Aviso de California "Crédito para Servicios Dentales"

Este aviso se proporciona, se firma, se fecha y se le entrega una copia al momento en que se arregla cualquier financiamiento de terceros (como CareCredit) o cualquier financiamiento dentro de la oficina, no simplemente como parte de la admisión (intake). Está impreso en un tamaño de letra de al menos 12 puntos, según lo exige el California Business & Professions Code § 1683.1.

AVISO — CRÉDITO PARA SERVICIOS DENTALES

[INSERTE EL TEXTO TEXTUAL DEL AVISO LEGAL EXIGIDO POR EL CALIFORNIA BUSINESS & PROFESSIONS CODE § 1683.1. El texto legalmente operativo debe ser la redacción exacta que la ley y la Dental Board of California exigen actualmente, en un tamaño de letra de al menos 12 puntos. El resumen en lenguaje sencillo que aparece a continuación es solo para la comprensión del paciente y **no reemplaza** el texto legal exigido. El asesor legal debe confirmar la redacción exigida actualmente e insertarla aquí antes de usar este formulario.]

En lenguaje sencillo (solo un resumen — no sustituye el aviso exigido que aparece arriba):

- Es posible que esté inscribiéndose en una cuenta de crédito o préstamo con un prestamista externo, **separado de su tratamiento con esta oficina dental.**
- Es posible que deba **intereses y cargos financieros** en esta cuenta, y estos cargos pueden ser **considerables** si el saldo no se paga dentro de cualquier período promocional o sin intereses.
- **Usted es responsable de reembolsar al prestamista** incluso si su tratamiento no se completa, o si no está satisfecho con su atención. Las disputas sobre su atención dental son independientes de su obligación de reembolsar al prestamista.
- Tiene derecho a hacer preguntas, llevarse esta información a casa y leer todos los documentos **antes** de firmar cualquier cosa.
- No debe sentirse presionado a solicitar crédito. Pregunte a nuestra oficina sobre otras formas de pagar.

Reconocimiento de este aviso (se firma únicamente cuando se arregla el financiamiento):

Recibí una copia de este aviso de "Crédito para Servicios Dentales", y lo he leído y comprendo.

Firma del paciente / parte responsable: _____ **Fecha:** _____

- ☐ Recibí una copia de este aviso.

10. Otros avisos de California y federales

Deuda médica e informes de crédito (California Civil Code § 1785.27)

Según lo exige el **California Civil Code section 1785.27**, no reportaremos a ninguna agencia de informes de crédito al consumidor ningún saldo que usted nos adeude **A NOSOTROS por servicios dentales**. Un saldo en su cuenta con esta oficina no se proporcionará a las agencias de informes de crédito al consumidor.

Tenga en cuenta: Una **cuenta de financiamiento separada, como CareCredit, es entre usted y ese prestamista**. El prestamista tiene sus propias prácticas de informes de crédito, las cuales nuestra oficina no controla, y la protección descrita arriba no se aplica a lo que el prestamista pueda reportar sobre su cuenta con ellos.

[Asesor legal: confirme la cita legal, la fecha de entrada en vigor y el alcance exacto del § 1785.27 (recientemente promulgado/modificado), y confirme la exención de la ley para los montos cargados a una

tarjeta de crédito general frente a una tarjeta o línea de crédito médica especializada como CareCredit.]

Estimado de Buena Fe (No Surprises Act federal) — Para pacientes sin seguro y de pago propio

Conforme a la **No Surprises Act** federal, si **no tiene seguro** o elige **no usar su seguro (pago propio / self-pay)**, tiene derecho a recibir un **Estimado de Buena Fe (Good Faith Estimate)** del costo previsto de su atención. **Le informaremos de este derecho y le proporcionaremos un Estimado de Buena Fe de manera automática; no tiene que solicitarlo.** También puede solicitarlo por escrito en cualquier momento.

- Le proporcionaremos su Estimado de Buena Fe dentro de los plazos exigidos por la ley: generalmente **dentro de 1 día hábil** de programar un servicio que falte al menos 3 días hábiles, y **dentro de 3 días hábiles** de programar un servicio que falte al menos 10 días hábiles (o dentro de 3 días hábiles de su solicitud).
- Si se le factura **al menos \$400 más** que su Estimado de Buena Fe (para un proveedor determinado), es posible que pueda **disputar la factura** a través del proceso federal de resolución de disputas entre paciente y proveedor.
- Conserve una copia de su Estimado de Buena Fe.

Si tiene preguntas sobre un Estimado de Buena Fe, comuníquese con Dr. Steve Truman al (510) 883-3011. Para obtener más información, visite www.cms.gov/nosurprises o llame al (510) 883-3011.

11. Autorización y reconocimiento

Al firmar a continuación, reconozco que he leído, comprendo y acepto este Acuerdo Financiero del Paciente y Política de Pagos. Entiendo que soy económicamente responsable de todos los cargos por los servicios prestados a mí o al paciente nombrado a continuación, independientemente de la cobertura del seguro.

Por favor, ponga sus iniciales en cada punto para confirmar que lo comprende:

- ☐ El pago vence al momento de prestarse el servicio.
- ☐ Las cotizaciones del seguro son estimados, no garantías, y soy responsable de cualquier saldo que mi plan no pague.
- ☐ Autorizo a mi plan de seguro a pagar los beneficios directamente al consultorio, y si mi plan me paga directamente a mí, remitiré ese pago al consultorio (cesión de beneficios).
- ☐ Comprendo la política de cancelación de 48 horas y el cargo por cita perdida.
- ☐ Comprendo el cargo por cheque devuelto / tarjeta rechazada y el proceso de saldos vencidos / cobranzas.
- ☐ Sé que puedo solicitar un Estimado de Buena Fe si no tengo seguro o soy de pago propio, y que el consultorio también proporcionará uno de manera automática.

- [] Recibí una copia de este Acuerdo Financiero del Paciente y Política de Pagos.

(El aviso de California "Crédito para Servicios Dentales" de la Sección 9 se reconoce por separado, con su propia firma y fecha, al momento en que se arregla el financiamiento. La casilla de verificación anterior no reemplaza ese reconocimiento firmado por separado.)

Firmas

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Nombre de la parte responsable (en letra de imprenta, si es diferente del paciente): _____

Firma de la parte responsable: _____ **Fecha:** _____

Recibí una copia de este Acuerdo Financiero del Paciente y Política de Pagos. **Iniciales:** ____

Para pacientes menores de edad (menores de 18 años):

Nombre del paciente menor (en letra de imprenta): _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Nombre del padre / madre / tutor (en letra de imprenta): _____

Firma del padre / madre / tutor: _____ **Fecha:** _____

Parentesco con el paciente: _____

D Street Dental (Steve Truman DDS Inc) — 1099 D Street, San Rafael, CA 94901 — (510) 883-3011.

¿Tiene preguntas sobre esta política o su cuenta? Comuníquese con Dr. Steve Truman. Formulario en vigor desde 26 de junio de 2026. Esta es una plantilla inicial; solicite que un asesor legal de atención médica de California revise y confirme todas las citas legales (statutory citations), el texto de los avisos exigidos por ley, las tasas de cargos financieros y los límites de cargos antes de usarla.