



Cosmos Dental Group Financial Agreement and Appointment Policy

Thank you for choosing **Cosmos Dental Group** as your dental care provider. We look forward to working with you to achieve optimal oral health. If you have dental insurance, we will assist you in maximizing your benefits, but your cooperation is necessary to make this possible.

- **Payment Policy: Initials _____**

Payment for services is due at the time treatment is provided. We accept Cash, Visa, MasterCard, American Express, Discover, Care Credit, Cherry and Check. (A \$50 fee applies for returned checks.)

- **Convenience Fee:** 3% convenience fee will apply for all credit/debit card transactions

- **Patient Payment Responsibility: Initials _____**

Full payment is required at the time services are rendered.

- **Insurance and Treatment Costs: Initials _____**

We will discuss your proposed treatment plan and answer questions about treatment and insurance. Most insurance plans do not cover 100% of treatment costs. Policies vary widely, including differences in deductibles, annual maximums, covered procedures, and other restrictions. Estimates we provide are based on known facts at the time but **cannot be guaranteed**. Your insurance policy is an agreement between you and your insurance company, and Cosmos Dental Group is not a party to that agreement. **Ultimately, you are responsible for all charges.**

- **Treatment Plan Estimates: Initials _____**

All treatment plan estimates are good faith estimates, cost is based on the information available at the time. Treatment changes may alter the final cost and payment from Insurance. Please keep in mind all though we have a predetermination from insurance this **DOES NOT GUARANTEE PAYMENT**.

- **Missed or Broken Appointments: Initials _____**

Appointment reminders are sent via text message as a courtesy only. Patients are solely responsible for remembering their scheduled appointments and for keeping their contact information up to date. A minimum of 48 business hours' notice is required to confirm, cancel, or reschedule an appointment. Any appointment that is canceled or rescheduled on the same day, or missed without at least 24 hours' notice, will be considered a no-show.

All same-day cancellations, rescheduled appointments, and no-shows will result in a \$75 broken appointment fee. This fee must be paid in full before any future appointments will be scheduled. Patients are allowed a 15-minute grace period. Arrival beyond 15 minutes may result in automatic rescheduling at the provider's discretion, and the broken appointment fee may apply.

- **Insurance Changes: Initials _____**

Please notify us at least **2 business days** prior to your appointment if you have new insurance or have changed plans. Verification can take several hours, and we may need to reschedule your appointment if coverage cannot be confirmed.

Acknowledgment

I confirm that I have read and understand the policies outlined above. I agree to the terms and accept responsibility for all charges related to my care.

Patient Signature: _____

Date: _____



Acuerdo Financiero y Política de Citas de Cosmos Dental Group

Gracias por elegir a Cosmos Dental Group como su proveedor de atención dental. Esperamos trabajar con usted para lograr una salud oral óptima. Si cuenta con seguro dental, le ayudaremos a maximizar sus beneficios; sin embargo, su cooperación es necesaria para que esto sea posible.

- **Política de Pago: Iniciales:** _____

El pago es requerido en el momento del tratamiento. Aceptamos efectivo, Visa, MasterCard, American Express, Discover, Care Credit, Cherry y cheque. (Se aplica una tarifa de \$50 por cheques devueltos).

- **Cargo por Conveniencia: Iniciales:** _____

Se aplicará un cargo por conveniencia del 3% a todas las transacciones con tarjeta de crédito/débito.

- **Responsabilidad de Pago del Paciente: Iniciales** _____

El pago total es requerido en el momento en que se prestan los servicios.

- **Seguro y Costos del Tratamiento: Iniciales** _____

Discutiremos su plan de tratamiento propuesto y responderemos preguntas sobre el tratamiento y el seguro. La mayoría de los planes de seguro no cubren el 100% de los costos del tratamiento. Las pólizas varían ampliamente, incluyendo diferencias en deducibles, máximos anuales, procedimientos cubiertos y otras restricciones. Las estimaciones que proporcionamos se basan en la información conocida en ese momento, **pero no pueden garantizarse**. Su póliza de seguro es un acuerdo entre usted y su compañía de seguros, y Cosmos Dental Group no es parte de dicho acuerdo. En última instancia, usted es responsable de todos los cargos.

- **Estimaciones del Plan de Tratamiento: Iniciales** _____

Todas las estimaciones del plan de tratamiento son estimaciones de buena fe y se basan en la información disponible en ese momento. Los cambios en el tratamiento pueden modificar el costo final y el pago del seguro. Tenga en cuenta que, aunque contemos con una predeterminación del seguro, **esto NO garantiza el pago**.

- **Citas Perdidas o Canceladas: Iniciales** _____

Los recordatorios de citas se envían por mensaje de texto únicamente como cortesía. Los pacientes son los únicos responsables de recordar sus citas programadas y de mantener su información de contacto actualizada. Se requiere un mínimo de 48 horas hábiles de aviso para confirmar, cancelar o reprogramar una cita. Cualquier cita que se cancele o re programe el mismo día, o que se pierda sin al menos 24 horas de aviso, se considerará como inasistencia. Todas las cancelaciones el mismo día, citas reprogramadas y ausencias resultarán en un cargo de \$75 por cita perdida. Este cargo debe pagarse en su totalidad antes de programar futuras citas. Los pacientes cuentan con un período de gracia de 15 minutos. Llegar después de 15 minutos puede resultar en la reprogramación automática a discreción del proveedor, y el cargo por cita perdida puede aplicar.

- **Cambios en el Seguro: Iniciales** _____

Por favor notifíquenos al menos 2 días hábiles antes de su cita si tiene un seguro nuevo o si ha cambiado de plan. La verificación puede tomar varias horas y es posible que necesitemos reprogramar su cita si no se puede confirmar la cobertura.

Reconocimiento

Confirmando que he leído y entiendo las políticas descritas anteriormente. Acepto los términos y asumo la responsabilidad por todos los cargos relacionados con mi atención.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____