

Política de Oficina

CITAS

Las citas programadas para sus visitas es tiempo reservado expresamente con sus necesidades de tratamiento en mente. Por favor haga todo lo posible para ser puntual de modo que podamos asegurar el tiempo adecuado para su tratamiento así como para otros pacientes con tiempo reservado.

Creemos que sus citas dentales reservadas representan una responsabilidad compartida tanto del doctor como del paciente. Para seguir proporcionando servicio dental con calidad y un coste económico, estas citas reservadas necesitan ser respetadas.

Como una cortesía, nos pondremos en contacto con usted por teléfono o enviar por correo electrónico para verificar que usted honrará de hecho su cita dental reservada. Si le dejamos un mensaje, preguntamos que usted devuelva nuestro mensaje para verificar su tiempo de cita reservado. Si usted deja de ponerse en contacto con nosotros para verificar su cita reservada, reservamos el derecho de anular su cita y aquellos de sus miembros de familia. Después de dos (2) citas abandonadas, no podremos reservar tiempo de cita para usted de antemano.

La primera cita y cualquier visita de emergencia serán pagadas en el momento del servicio aunque cobertura de seguro existe. Como opción, nuestra oficina le puede completar y mandar sus formas a su compañía de seguros.

CAMBIOS Y CANCELACIONES

Se requiere mínimo aviso de 48 horas para cancelar o cambiar su cita.
Si usted deja de dar el aviso apropiado, usted es sujeto a unos cobro de \$56 cita abandonada.

SEGURO

Como una cortesía a usted, seremos felices completar y mandar las formas necesarias para ayudarle a recibir los beneficios de su cobertura de seguro. **Sin embargo, no podemos hacer ninguna garantía de cualquier cobertura estimada.**

Nuestra oficina acepta "las Asignaciones de Beneficios" de su compañía de seguros. Si se espera que su compañía de seguros pague para una parte de su cuenta, esperaremos aquella parte de ellos. Es su responsabilidad de pagar pagos propios, deducibles, y cualquier cantidad no esperada de su compañía de seguro en cuanto se proporciona el tratamiento.

Si su compañía de seguro no paga el balance entre sesenta (60) días después del tratamiento, el balance de su cuenta será su responsabilidad. Por favor esté consciente que unos, y quizás todos,

de los servicios que le proporcionamos puede ser servicios "no cubiertos" y puede no ser considerado "necesario" bajo su plan de seguros. Un ejemplo de tal servicio es rellenos de color diente. Mucho seguro planea sólo la paga para rellenos de mercurio; en tal caso, usted sería responsable de cualquier diferencia en el costo.

Además, su compañía de seguro puede pagar basado sobre costos considerados "habitual y acostumbrado" que se diferencian de nuestros costos. Nuestra práctica es cometida al suministro del mejor tratamiento posible para nuestros pacientes y nuestros costos están basados sobre este principio. Usted es responsable del pago en su totalidad, sin tener en cuenta la determinación arbitraria de "costos habituales y acostumbrados" de su compañía de seguro. Por favor recuerde que su plan de seguros es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Nuestra práctica no es un partido a este contrato. Usted es por último responsable del pago oportuno y completo de su saldo de cuenta.

OPCIONES DE PAGO

Las opciones de pago siguientes son proporcionadas para ayudar a hacer el servicio dental económico para usted.

Por favor seleccione del siguiente:

- 1. **No tengo seguro.** El pago en su totalidad es debido durante el día de tratamiento por todo el servicio proporcionado.
- 2. **Tengo seguro.** Sin embargo, prefiero pagar en su totalidad para todos los servicios a condición de que, y hagan que mi compañía de seguros me reembolse directamente.
- 3. **Tengo seguro.** Pagaré mi deducible y el estimado pago propio en el día que se proporciona el tratamiento. Prefiero que mi compañía de seguros le reembolse directamente. Proporcionaré una Autorización de Tarjeta de Crédito de cubrir cualquier diferencia entre el benéfico estimado, y el beneficio actual pagado.

He leído y entiendo los términos escritos arriba y estoy de acuerdo con la opción que he seleccionado.

Firma de Paciente (firma de pariente si paciente es menor)

Fecha