

Oficinas y política financiera

Nuestra filosofía es de ofrecer la atención mas alta calidad para todos y cada uno de nuestros pacientes. Para reducir los costos administrativos y de mantene nuestros gastos para lo mas bajo possible, le pidimos que pague su pago en el momento de recibir el tratamiento.

Si usted tiene seguro dental estaremos encantados de presentar sus reclamos dentales y aceptamos parte de seguros directamente de la compania de seguro si el pago es recibido a los 60 dias. Sin embargo usted debe familiarizarse con su cobertura de seguro, y nos proporiconan la informacion correcta para la presentacion de sus reclamaciones dentales. Le proporcionaremos una estmacion lo mas cerca possible para el plan de tratamiento que se recomienda para usted. La estimacion de beneficios de seguro no es garantia de pago sin embargo. Por favor recuerde que su seguro es un contrato entre usted, su empleador, y la compania de seguro. No todos los servicios estan cubiertos en los contratos, por lo tanto, usted es el principal responsable de la cantidad total de sus gastos dentales.

Si usted no puede asistir a una cita que se ha reservado para usted, requerimos que usted nos proporciona con una hora adelantado 24-48, cuenta de lo que somos capaces de llenar la aperture , que no se puede mantener. Nos damos cuenta que las emergencas acurren, sin ambargo y estaremos flexible en estas circunstancias. Un cargo de \$25 se cobrara otra manera.

Por favor, avisenos de cualquier cambio relaciondo con la historia medica, numer de telefono, dierccion, empleador, o informacion de seguro ocurre. Habra un cargo financiero 1.5% mensual para un saldo pendiente de pago a menos que se hayan tomado otras medidas.

A continuacion se enumeran los metodos de pago que aceptamos. Porfavor identificar la forma de que pago que tiene la intencion para pagar el tratamiento dental incluso el copago.

Opciones de pago co:

- _____ Efectivo/comprobar/tarjeta de debito
- _____ Visa/Mastercard/American Express/Discover

Ampliar las opciones de pago:

- _____ Credito de cuidado(Care Credit)-0% Financimiento disponible
- _____ Chase Health Advance-0% Financimiento disponible

Autorizar la firma del responsable

Fecha