

POLITICA DE LA OFICINA

Nombre del Paciente/Familia: _____

Nuestra política es discutir y avisarle sus costos antes de empezar cualquier tratamiento en esta oficina. Sus costos son basados en un estimado derribado de una examen completo. Si es que el tratamiento aumenta, el estimado puede cambiar. Todos los estimados que le damos, son validos por seis meses. Es su obligación pagar los costos completamente el día de su cita. Nosotros someteremos a su seguro para la porción estimada. Si por alguna razón, el seguro no paga o paga menos de lo que esperábamos, es su responsabilidad pagar lo que el seguro no cubra. Si tenemos que obligar el pago usando alguna colección, costos de corte y costos de abogados, estos costos serán responsabilidad de la parte responsable. Aceptamos las siguientes formas de pago: efectivo, giro postal, tarjetas de crédito, y cheques. Le cobraremos \$25.00 si es que algún cheque es rebotado.

Nuestras restauraciones son garantizadas por un año del día en que fueron puestas siempre y cuando mantenga visitando la oficina regularmente, los reemplazos de mantenedores de espacio cuestan %50 del precio original.

Una vez que su cita ha sido hecha, por favor recuerde esta cita y que la cita ha sido hecha específicamente para usted. Por favor arribe a la hora de su cita, y si tiene que cambiar su cita, requerimos 48 horas de notificación. Le cobraremos \$25.00 por toda cita cancelada o fallada sin la adecuada notificación. La oficina reserva el derecho de descartar a pacientes por cancelar su cita sin la notificación adecuada o por fallar a su cita.

Yo acepto ser responsable por los costos de todo procedimiento realizado en esta oficina, incluyendo el tratamiento que mi seguro dental no cubra. Certifico que he leído, he entendido y acepto todos los términos de esta política. También entiendo que puedo obtener una copia de esta política, si es que la pido.

Parte Responsable

Fecha

Testigo

Fecha