

REGLAS DE LA OFICINA

Se cobraran \$25 por citas canceladas con un aviso de menos de 24 horas, si nos avisa antes se lo agradeceremos porque así podremos atender las necesidades de otros pacientes.

Entiendo y estoy de acuerdo que soy responsable financieramente por los servicios otorgados para mi mismo o la persona que se menciona abajo, a menos que haya cobertura de aseguranza en el dia que se otorge el servicio.

Todo trabajo debera pagarse al tiempo de su cita. Para su conveniencia aceptamos efectivo, cheques, Master Card, Visa, American Express y Discover.

Como cortesia, aceptamos la asignacion de beneficios de aseguranza permitiendo asi que pague su deducible y su porcentaje a la hora del tratamiento.

Entiendo que mi aseguranza es un contrato entre la compania de aseguranza y yo, no entre la aseguranza y Dr. Perez.

Tambien entiendo que las polizas de la aseguranza varian de una a otra y que Dr. Perez y su personal no son responsables de saber todos los detalles de mi poliza.

Nosotros no tenemos control sobre el pago de los reclamos de la aseguranza. Cualquier balance que quede sin pagar por la aseguranza por 60 dias despues de que hicimos el trabajo debera pagarlo por completo.

Entiendo que el personal de Dr. Perez esta autorizado para mandar mis reclamos a la aseguranza como cortesia hacia mi.

Nuestra oficina siempre mantiene buena calidad en el procedimiento de esterilizacion para su proteccion y seguridad asi como tambien la de nuestro personal.

Nos reservamos el derecho de establecer cobros por: Cheques sin fondos (\$25), Copias de expedientes (\$12-20), cargo por balances atrasados (4%).

Nuestros servicios son solo por cita. Aunque hacemos todo lo posible por ser puntuales, habra emergencias o circunstancias fuera de nuestro control que quiza atrasara nuestro plan de citas. Solo un dentista esta presente para atender sus necesidades dentales. Apreciamos su paciencia.

Por favor avisele al personal de oficina si tiene alguna necesidad especial cuando llegue.

La persona que firma a leido y aceptado lo arriba mencionado y esta de acuerdo de todos los terminos y condiciones establecidas.

FIRMA DE EL PACIENTE _____ **FECHA** _____

(Si es menor de edad, firme el papá o la mamá)