

Póliza de la Oficina



Estimados Pacientes,

Gracias por escoger a Me Smile Dental como su proveedor dental para su familia. Esperamos proporcionarles el cuidado dental de alta calidad a un precio razonable.

Al programar sus citas, estamos haciendo un compromiso con usted. Por favor recuerde que hemos reservado un momento especial para usted. Si usted encuentra la necesidad de reprogramar sus citas, le pedimos un mínimo de 48 horas de antelación.

Citas falladas y citas canceladas sin aviso de 48 horas están sujetas a una cuota de \$ 85.00.

Los cheques devueltos por falta de fondos están sujetos a una cuota de \$ 35.00. este cargo se aplica para cubrir los gastos bancarios. Por favor, háganos saber si arreglos especiales debe ser hecho.

La porción del paciente se debe al momento del servicio. Por favor traiga su co-pago con usted.

Nosotros facturamos a su seguro como una cortesía para usted. Si las cantidades son negadas o no cubierto, el balance pendiente es su responsabilidad. Su porción estimada para los servicios se basa en la información proporcionada por su compañía de seguros, y el pago se espera en el día del tratamiento. Por favor, solicite un estimado, si no se ha dado a usted

Declaro que no soy un beneficiario de seguros del estado asistido, incluyendo pero no limitado a, el DSHS.

Paciente reconoce en consideración para los servicios dentales que se prestarán que toda la deuda pendiente a nuestra oficina no se incluirá en cualquier petición de bancarrota.

Desafortunadamente, no tenemos los recursos para mantener una supervisión adecuada de los niños. Por favor absténgase de traer a los niños solos / no programados.

Gracias de nuevo por su comprensión y atención a ayudar a mantener las instalaciones limpias y seguras, nos ayuda a brindarle la atención dental óptima.

Firma: _____