

REGLAS DE LA OFICINA

Se cobrarán \$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 seguridad en el día que se otorgue el servicio.

Todo trabajo deberá pagarse al tiempo de su cita. Para su conveniencia aceptamos efectivo, cheques, master card, visa, american express y discover.

Como cortesía, aceptamos la asignación de benéficos de seguridad permitiendo así que pague su deducible y su porcentaje a la hora del tratamiento.

Entiendo que mi seguridad es un contrato entre la compañía de seguridad y yo, no entre la seguridad y Dr. Pérez.

También entiendo que las pólizas de la seguridad varían de una a otra y que Dr. Pérez y su personal no son responsables de saber todos los detalles de mi póliza.

Nosotros no tenemos control sobre el pago de los reclamos de la seguridad. Cualquier balance que quede sin pagar por la seguridad por 60 días después de que hicimos el trabajo deberá pagarlo por completo.

Entiendo que el personal de Dr. Pérez está autorizado para mandar mis reclamos a la seguridad como cortesía hacia mí.

Nuestra oficina siempre mantiene buena calidad en el procedimiento de esterilización para su protección y seguridad así como también 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, habrá emergencias o circunstancias fuera de nuestro control que quizá atrasara nuestro plan de citas. Solo un dentista está presente para atender sus necesidades dentales, Apreciamos su paciencia.

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

La persona que firme a leído y aceptado lo arriba mencionado y está de acuerdo de todos los términos y condiciones establecidas.

FIRME DE EL PACIENTE _____

(Si es menor de edad, firme el papa o la mama)

Fecha _____