

Bienvenido!

Gracias por venir al Southside Dental Clinic

Queremos aprovechar esta oportunidad para darle la bienvenida! El propósito de esta póliza es para informarles sobre nuestro cuidado de pacientes.

Citas:

- Por favor llegue a tiempo para su cita. Esto nos permite permanecer en horario. Si llega tarde tendremos que cancelar su cita, hasta otro previsto.
- Le pedimos que por favor nos avise con 24 horas de adelanto para algún tipo de cambio en su cita. Si usted no se presenta a su cita, nosotros tenemos el derecho a negarle nuestro servicio.

Formas de Pago:

- Aceptamos estos tipos de pago: Efectivo, Cheque, y las siguientes tarjetas de crédito: Visa, MasterCard, Discovery, American Express.
- Financiamiento es disponible con CareCredit para cubrir sus gastos dentales, y hacer pagos mensuales con 0% interés. Por favor pregúntenos como aplicar.
- Es necesario pagar su tratamiento el día de su cita.

Seguro Dental:

- Su seguro dental es un contrato entre usted y su seguro. Nosotros no nos asociamos con su contrato. Nosotros aceptamos los beneficios asignados de su seguro dental. Sin embargo, cualquier y todos los cargos no pagados por su seguro dental será su responsabilidad.
- Vamos a hacer todo lo posible para ofrecerle un estimado de lo que cubre su seguro dental, y saber cuanto aproximadamente tiene que pagar de su bolsillo con la información que usted nos proporciona. Sin embargo, los pagos de su seguro dental pueden variar. Pero si gusta nosotros podemos mandar una autorización de PRE-tratamiento a su seguro dental, esta información puede tomar de 2-3 semanas para procesar.
- El deducible debe ser pagado el día de tu tratamiento.

Responsabilidad Financiera:

- Si usted tiene una cuenta abierta de 90 días o mas, existe un cargo administrativo o cargo de colección y será añadido a su cuenta. El abajo firmante se compromete pagar los gastos de cobranza razonables para los servicios prestados que entran en un estado predeterminado.
- **TENGA EN CUENTA:** Aceptamos cheques personales como forma de pago. Sin embargo, si el cheque es devuelto sin cobrarse por su institución financiera por cualquier motivo, se le cobrará un adicional \$27.50.
- Certifico que soy el paciente debidamente autorizado o agente general del paciente autorizado a facilitar la información solicitada. He leído, entiendo, y estoy de acuerdo con la política de oficina

