

POLIZAS DE NUESTRO CONSULTORIO

Robert C Williams, DDS
Napa Valley Sleep Solutions

Nuestra Filosofía es proporcionar la calidad mas alta de la educacion del paciente y el cuidado dental a todos nuestros pacientes. Para asegurar que usted empiece con una experiencia positiva nosotros hemos preparado la informacion siguiente para su revision. Por favor haganos saber si usted tiene cualquier pregunta o concierne.

EL PAGO ESPERADO

Para mantener nuestros honorarios lo mas bajo posible a usted, le pedimos que el pago sea hecho el dia del tratamiento. Para su conveniencia le proporcionaremos a usted un presupuesto para servicios en adelantado de su cita/s para asegurar que le de oportunidad de planear en adelantado para su cuidado dental. Creemos que si usted paga privadamente o tiene el seguro dental que le ayuda, todos merecen el mismo cuidado que necesitan y quieren.

EL SEGURO DENTAL

Nosotros con mucho gusto archivaremos sus reclamos dentales para ayudarle a recibir los beneficios completos de su cobertura. Pedimos que usted se familiarize con los beneficios que su aseguranza le ofrece, y nos proporcione la informacion correcta para ayudarle con la sumision de sus reclamos. Nosotros aceptaremos el pago estimado del seguro, directamente de su compania de seguros, con tal que el pago se reciba de ellos dentro de 60 dias. Por favor recuerde que su seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compania de seguros; por lo tanto nosotros no podemos garantizar ningua cobertura definitiva sobre su presupuesto. No todos los servicios son cubiertos en los contratos; por lo tanto, usted es ultimamente responsable por la cantidad total de sus honorarios dentales. El tratamiento recomendado para usted es indicado a pesar de sus beneficios dentales del seguro, deducibles, limitaciones o los maximos.

OPCIONES de PAGO

Para su conveniencia nosotros proporcionamos una variedad de opciones de pago para ayudarle a recibir el cuidado de la calidad que usted necesita para gozar una sonrisa sana y segura. Identifique por favor cual forma de pago es mas conveniente para usted en el tiempo del servicio. El dinero efectivo

Cheque ___ Visa/MC ___ Discover ___ Otro ___ Pagos a plazo ___ (por favor lea abajo) por favor recuerde que; un cargo de \$25 se cargara para todos cheques que sean regresados sin fondos. Si usted desea que un plan mensual de pagos en mas conveniente para usted lo invitamos a que complete una aplicacion sencilla de la compania de finanzas. No hay cuotas ni un desembolso inicial y el prestamo puede ser sin intereses. La aprobacion es proporcionada a usted rapidamente.

CUENTAS ATRASADAS

Si tiene un balance que se debe de una visita anteriormente donde no hay ningun pago pendiente del seguro o no se ha recibido un pago dentro de 90 dias de la seguridad, o la cuenta haya sido mandada a colecciones, su cuenta se considera atrasada. El pago de algun balance pasado se requiere ser pagado en repleto antes de contraer cargos nuevos. Todos los balances mas de 60 dias son susceptible a no honorarin de \$10.00

NOTA de CANCELACION

Si usted no puede mantener una cita reservada para usted nosotros pedimos que usted nos llame de anticipado 24 horas antes de su cita de cortesía. La notificacion temprana asegura que nosotros le podamos ofrecer una cita mas conveniente y nos permite tiempo suficiente para usted. Nosotros sabemos que las emergencias ocurren y seremos flexibles bajo esas circunstancias.

CAMBIOS de INFORMACION

Para asegurar que sus registros sean actuales por favor nos notifica de cualquier cambio relacionado a su historia medica, numero de telefono, la direccion, informacion de empleador o seguro si es diferente.

Mi firma indica que entiendo las polizas tal como escritas y cualquier pregunta que tenga con respecto a las polizas de nuestro consultoria se han contesado.

Firma del Paciente o Persona Responsable

Mi firma indica que he revisado las polizass de la oficina con el partido y/o el paciente responsables.

Fecha

Firma de el Personal O de el Medico

Fecha