

# CLINICA DENTAL FAMILIAR LUSK

## REGLAS DE OFICINA

### ACUERDOS FINANCIALES

Debido al alto tratamiento especializado que realizan los dentistas, la mayoría de los tratamientos son muy complejos. Y como resultado de la gran cantidad de tiempo, junto con materiales y gastos generales de nuestra oficina, hemos creado un plan de pago, que para la mayoría de nuestros pacientes es aceptable.

**El pago por nuestros servicios se debe hacer el día en que el servicio se ha recibido.** Nosotros aceptamos dinero en efectivo, cheques, tarjetas Visa y Mastercard. Si usted necesita hacer convenios de pago, tenemos algunas empresas con las que les podemos contactar para hacer un plan de pago con financiamiento. Si tiene seguro dental, estaremos muy dispuestos a ayudarlo mandando el papeleo necesario hacia su seguro, como cortesía, sin embargo, no sabremos con certeza cual es la parte a pagar porque esto es solo una **estimación, usted es aun responsable por el balance** que deberá ser pagado dentro de 30 días de notificación, después de eso, un interés será agregado a balances de más de 30 días. El no pagar su deuda afectara su crédito ya que será mandado a una agencia de colecciones para recaudar el saldo.

### PROCEDIMIENTOS DE NUESTRAS CITAS

Si usted tiene una cita dental y desea cambiarla o cancelarla, **requerimos ser notificados por lo menos 24 horas antes de la cita**, debido al tiempo que se requiere por cada tratamiento. Otros pacientes que deseen tomar una hora para ser atendidos será necesario llamarles por lo menos 24 horas antes.

**Si usted no llega a su cita su cuenta será cargada con 50 dólares adicionales.**

Si usted llega atrasado 15 min o mas, será necesario hacer una nueva cita.

Nos reservamos el derecho de no atender a pacientes que habitualmente llegan tarde o pierden su hora con el dentista.

### ACUERDO

Entiendo los acuerdos financieros y reglas de la oficina, también estoy de acuerdo con el horario y las maneras de pago por mi tratamiento. **Entiendo que soy responsable de todos los gastos dentales de mi tratamiento sin importar la cobertura de mi seguro.**

**POR FAVOR MARQUE EL METODO DE PAGO QUE USARA HOY**

-----      -----      -----  
EFFECTIVO    CHEQUE    VISA/MC

-----  
Firma del paciente o guardián legal

-----  
Fecha