

Pearl Family Dentistry

3178 Collins Drive
Ste C
Merced, CA 95348
Phone: (209) 383-6133
Fax: (209) 383-6421

Gracias por elegir Pearl Family Dentistry para brindar atención dental para usted y su familia. Revise las siguientes políticas de la oficina y no dude en comunicárselo a alguno de los miembros de nuestro equipo si tiene alguna pregunta.

Políticas de pago

Todos los copagos deben pagarse en su totalidad al reservar su cita. Aceptamos efectivo, cheque, tarjetas de crédito principales y Care Credit, una opción de financiamiento de salud. En el caso de un cheque devuelto ed, se aplicará un cargo de US \$ 25. Después de esto, solo se aceptarán efectivo o tarjetas de crédito para la cuenta.

Las declaraciones se envían según sea necesario. Un período de facturación se considera diez días a partir de la fecha en que se envía por correo la declaración. Las cuentas de más de 30 días incurrirán en cargos financieros del 1.5% por mes. Nuestra oficina no hace la facturación de terceros. (es decir , padres sin custodia, empleadores , etc.)

Si es necesario derivar su cuenta a una agencia de cobranza externa, cualquier tratamiento pendiente no se completará hasta que el saldo se haya pagado en su totalidad.

Inicial _____

Elegir opciones de tratamiento

Nuestro objetivo a través de sus fases de examen, diagnóstico y tratamiento es proporcionar una salud oral óptima. No permitimos que las compañías de seguros o la cobertura dicten cómo lo tratamos. Ya sea que no sea el tratamiento recomendado un beneficio dental cubierto es entre usted, su empleador y la compañía de seguros.

Asignación y liberación de seguros

Yo, el abajo firmante certifico que yo (o mi dependiente) tenemos cobertura de seguro con _____ y asignamos directamente al Dr. Badwalz, todos los beneficios del seguro, de haberlos, que de otro modo serían pagaderos a mí por los servicios prestados. **Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos ya sea que los pague o no el seguro.** El seguro es un contrato entre el asegurado y la compañía de seguros. Presentamos reclamos de seguro como cortesía para nuestros pacientes. Estaremos encantados de ayudarle con cualquier pregunta que pueda tener sobre sus reclamaciones de seguros en nuestra oficina. Usted es responsable de conocer sus políticas de cobertura de seguro y no podemos responsabilizarnos por ningún error en el estimación de su cobertura de seguro Si tiene un cambio de dirección o información de seguro, infórmenos inmediatamente para que podamos actualizar su información.

Inicial _____

Política de confirmación de citas

Siempre ha sido nuestra intención que su tiempo sea valioso. Por esta razón, no doble libro como otros ticas cas. Mantener citas programadas nos permite brindar una atención óptima a nuestros pacientes y monitorear el progreso de manera oportuna. Como cortesía , confirmamos citas con anticipación . Tenemos derecho a cancelar o cambiar su cita si no confirma. Por lo tanto, le solicitamos que, si debe reprogramar su cita, brinde a nuestra oficina un aviso con al menos 24 horas de anticipación, de lo contrario nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa por una cita olvidada.

Inicial _____

Agradecemos su revisión de las políticas de nuestra oficina. Por favor, háganos saber si podemos explicar aún más la información anterior. Esperamos cumplir nuestro compromiso con usted y su familia y anticipar una relación agradable y productiva. Por favor firme a continuación para confirmar que ha leído y comprende estas políticas. Esperamos con interés trabajar con usted.

RECONOZCO QUE HABRÉ REVISADO Y ENTIENDO LAS POLÍTICAS DE OFICINA ANTERIORES DE Pearl Family Dentistry.

Firma

Fecha