

5S. ARREGLOS FINANCIEROS -Smile LA Dental

Nombre del Paciente

PATIENT, NAME

Expediente #

1

Bienvenido a Smile LA Dental. Nos gustaria dejarle saber que usted esta en buenas manos.

Nuestra meta sera brindarle el mejor servicio que podamos. Por favor comprenda que para lograr esto, debemos de cumplir con las siguientes reglas:

1. El pago completo sera colectado cuando se brinden los servicios, a menos que se hayan hecho otros arreglos con anticipacion.
2. Todos los co - pagos seran colectados cuando se brinde el tratamiento.
3. El adulto que acompañe al niño, sera responsable del costo del tratamiento dental del niño cuando se brinden los servicios dentales.
4. Se cobrara \$20 (veinte dolares) por no asistir o no cancelar su cita por lo menos con 24 horas de anticipacion.

Yo, _____, he leído y entiendo los ARREGLOS FINANCIEROS y acepto cumplirlos. Yo entiendo que soy responsable por TODOS los cobros sin importar los beneficios de mi aseguranza, Tambien yo entiendo que conforme se haga el tratamiento, los cobros pueden cambiar, pero yo sere informado sobre los cambios y como afectaran mis pagos. En el caso que algun pago no sea recibido dentro de los 30 dias de la fecha indicada, yo acepto pagar todos los costos de coleccion. Yo autorizo el uso de mi firma en expediente en todos los cobros a la aseguranza.

Patient/Responsible Party Name

Signature

Date