

# **MEDWAY FAMILY DENTAL**

## **POLIZA DE OFICINA**

### **CONTRACTO FINANCEIRO**

Los pagareses por servicios deben ser pagados en cada cita. Como servicio para usted, nosotros no encargamos de cobrarle a su seguro dental por cada visita. El seguro dental solo se encarga de pagar una parte y usted es responsable por su porcion, y por cualquier cantidad que el seguro no cubra.

Yo entiendo que yo sere responsable por los pagos a esta oficina, por el servicios dental es provenientes para mi o mis ninos.

Asignamento de Beneficios de Seguro

Yo doy permiso a MEDWAY FAMILY DENTAL y a sus doctores para obtener pagos directos de mi seguro dental, por los tratamientos recibidos por mi o mis nijos.

### **CANCELACION Y AUSENCIA**

Nosotros entendemos las circunstancias que a veces pasan y nos olvidamos de las citas. Nosotros le cobraremos \$ 35,00 dolares por faltar a 03 citas, si usted no lo notifica o si no se comunica a tiempo.

El seguro medico no es responsables por los cobro de las citas a la cual usted falte, o pierdes. Yo entiendo que cada cita es tiempo para tratamientos y servicios dentales que es tomado para servir a mis nijos y a mi. Yo me encargare de llamar o notificar a la oficina en 24 horas. Si deseo o tengo que cancelar alguna cita. Yo entiendo que tender que pagar, antes de asistir a la cita recambiada.

Yo entiendo el reglamento de esta oficina sobre las cancelaciones y perdidas de citas.

### **LOS ORIGINALES**

Rayos X, son propiedad de MEDWAY FAMILY DENTAL. Si usted desea que sus rayos X sean duplicados usted debera pagar \$ 25,00. Si usted quiere duplicados, es necesario que usted notifique en 72 horas antes de ir a recogerlos o enviarlos por correo.

Yo he comprendido las instrucciones y polizas de MEDWAY FAMILY DENTAL.

Pacientes / Padres \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_