



## **Bienvenido a Nuestra Oficina**

Estamos deleitados de darles la bienvenida a nuestra oficina y agradecidos que nos halla escogido para prestarles nuestros servicios para sus necesidades dentales. Nosotros nos esmeramos para ofrecerles la mejor calidad de servicio dental y estamos orgullosos de la dedicacion que le damos a nuestros pacientes. Nuestra meta es ayudarles a sentirse y verse lo mejor mediante una experiencia agradable. Para nosotros poder cumplir esta meta, requerimos que usted entienda y colabore con las siguientes polizas de nuestra oficina.

► Como cortesia, nosotros confirmaremos su cita con 48 horas de anterioridad con el entendimiento de que **es su responsabilidad mantener la/ las citas hechas**. En evento de que usted no pueda asistir a su/s citas, usted debera comunicarse con nuestra oficina las **48 horas** antes requeridas, para asi nosotros poder asignar este valioso tiempo a otro paciente que lo necesite.

► En caso que no recibamos notificacion anticipada, nuestra poliza de **Citas Rotas** son las siguientes:

a) **Primera Cita Rota**

1. **Paciente que tenga cita por menos de una hora:** nosotros condonaremos el primer recargo por cita rota y enviaremos una carta recordandole de nuestra poliza.
2. **paciente que tenga una cita por mas de una hora:** nosotros no condonaremos la recargo por cita rota. Usted sera cargado **una suma de \$75 no negociables**, por cada hora programada.

b) **Segunda Cita Rota**

1. Cada una de las siguientes citas rotas, nosotros cargaremos **una suma de \$75 no negociables**, por cada cita programada.
2. Ninguna cita nueva sera programada hasta que este cargo sea pagado en su totalidad.
3. Citas a primera hora del dia, finales de la tarde y sabados son considerados **tiempos primordiales**. Usted solo sera permitido **una cita rota** durante estos tiempos. Despues de la primera cita rota, **no podremos volver a asignarles ninguna hora primordial**.

► **Antes de programar cualquier cita, es responsabilidad que ustedes como pacientes nos informen de lo siguiente:**

- a) **Cambios en su seguro dental.** Es importante que usted nos advierta de cualquier cambio en su seguro dental, antes de su cita programada. De esta forma nosotros podremos hacer un pre-estimado de su co-pago a el tiempo de su visita y asi tambien poder responder cualquier inquietud que usted pueda tener acerca de su plan dental.
- b) **Contacto y informacion personal.** Es importante que usted nos actualize con su informacion personal como su direction, numero telefonico, para facilitar nuestra comunicacion. Tambien, si hay algun cambio en su historia medica es importante que nos lo haga saber antes de su cita programada en caso de que necesitemos dialogar con su doctor de cabecera.

▶ **Co-Pagos para los pacientes con seguro dental y autonomo:**

- a) **Co-Pagos son requeridos al final de cada cita programada.** Si usted tiene preguntas sobre su co-pago, es mejor que usted contacte la oficina antes de su visita para asi poder explicarle todo con anticipacion y claridad. Co-pagos son solo **un estimado**, y estan basados en el tarifa de parte de su seguro dental. No sabremos si no hasta recibir pago final cual es el monto en total a su co-pago. **Nosotros colectaremos su co-pago al final de la cita, en caso de cualquier cambio durante el procedimiento. Esto aplicara a todos los pacientes sin exepcion.**
- b) **Si no estamos In-Network (dentro de la red) con su seguro dental, un pago total por la visita sera requerido al final sin exepcion.** Ofrecemos un 10% de descuento a los pacientes que son autonomos **sin seguro**. Pagos deben ser hechos al momento de cada visita y deben ser pagos en efectivo para obtener el descuento.

▶ **Obteniendo copy de radiografias:**

- a) Si usted desea obtener copia de sus radiografias debera **llamar a la oficina con anticipacion** e informarnos. **Cada copia tendra un costo de \$50 por paciente no negociables. Esto aplica para todos los pacientes sin exepcion.**

▶ **Fotografias seran tomadas para añadir las a su carpeta personal.**

▶ **Formas de pago aceptamos; Cheques, efectivo, Visa, MasterCard y Amex.**

▶ **Por favor no se aceptan Comida y bebidas en el area de espera.**

Yo \_\_\_\_\_ e recibido y leído una copia de las

polizas de Al-Aswad Dental, Hoy, \_\_\_\_\_.

**Fecha de hoy**

**Firma:** \_\_\_\_\_.