

DeRose Dental Office, S.C.

...la Mejor Opcion para TODA SU FAMILIA
DeRose, D.D.S.

Dra. Francesca

5439 Durand Ave., Suite 215
D.D.S.

Dra. Maria Barnes,

Racine, WI 53406

(262) 634-8662 Ext.2

¡Bienvenido a nuestra oficina! Estamos comprometidos a brindarle la mejor atención dental posible. Esperamos una relación larga y agradable- una que te haga sonreír.

MANTENIENDO CITAS Su cita es una reserva de tiempo para su tratamiento dental. Para las citas perdidas que no se cancelaron con al menos 1 día hábil completo por adelantado, habrá un cargo de \$30.00 por una cita de limpieza dental y \$ 50.00 por cada 1/2 hora de tiempo programada para cualquier otro tipo de cita. Debido a la atención individual que brindamos a cada paciente y la cortesía que otorgamos al no duplicar citas, esta política se aplica estrictamente. Si no puede asistir a su cita, llame tan pronto como pueda.

PAGO DE LOS SERVICIOS El pago de los servicios se requiere por completo en el momento en que se prestan los servicios, a menos que se hayan aprobado previamente otros arreglos de pago. Cuando se hayan aprobado otros arreglos de pago, los saldos no pagados dentro de 30 días de la fecha de pago acordado acumularán intereses al 1% por mes y estarán sujetos a todos los costos de cobro, incluidos los honorarios de agencias de coleccion, costos judiciales y honorarios razonables de abogados .

ASEGURANZA Su aseguranza es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Si bien nos complace presentar un reclamo a su compañía de seguros como cortesía para usted, la cantidad que no paga su compañía de seguros es su responsabilidad. Nuestras

tarifas se consideran "UCR" (por sus siglas en ingles) usuales, acostumbradas y razonables por la mayoría de las compañías de seguros, pero algunas compañías de seguros reembolsan en base a un calendario arbitrario que no refleja el costo típico de la atención en esta área. Siempre nos complace hablar sobre nuestros honorarios y estimar el monto que pagará su compañía de seguros y su copago.

He leído, entiendo y acepto los términos y condiciones anteriores.

Nombre

Firma

Fecha