

**Daniel Shalev, D.D.S.**  
**Jason Morris, D.D.S., M.M.Sc.**  
**Práctica limitada a endodoncia**

Política financiera

Nos comprometemos a proporcionarle con el mejor cuidado dental posible. Si tienes seguro dental, nos complacerá a ayudarte a recibir sus beneficios máximos permitidos. Para lograr estos objetivos, necesitamos su ayuda y la comprensión de nuestra política financiera.

Los pacientes están obligados a presente copia de la licencia de conductor y tarjetas de seguro actual para la verificación fines. Todas las tarjetas se ser fotocopiasdas y permanecen en el gráfico de paciente. Los pagos son debidamente en el momento en que se prestan los servicios. Aceptamos seguro asignaciones de beneficios dentales para aquellos que califican. Los pacientes están obligados a pagar cualquier deducibles, pagos compartidos y cualquier pago más allá de los límites máximos de beneficios.

Si hay es todavía un equilibrio debido después de su paga de la compañía de seguros, que equilibrar la voluntad estar pagarse dentro de 10 días. Si hay un crédito en la cuenta, nos va emitir un cheque de reembolso.

Todos las citas no canceladas con 24 horas de aviso será evaluaron un \$ 50.00 tasa de cancelación.

Si se requieren servicios de colección, usted será responsable de todos gastos de colección y cualquier otros honorarios incurridos.

Vamos con mucho gusto discutir cualquier seguros preguntas que tenga. Sin embargo, usted debe obtener que su plan de seguro es un contrato entre usted, su empleador y el compañía de seguros. Mientras que la presentación de la solicitud es una cortesía extendemos a nuestro los pacientes, todos los cargos son su responsabilidad desde la fecha en que los servicios son prestados.

Tengo leer lo anterior. Comprendo plenamente y aceptar el conjunto de términos y condiciones sucesivamente. Autorizo a lanzamiento de cualquier información relacionada con mi reclamo dental. I understand I am responsible for all costs of dental treatment regardless of insurance.

Aceptamos efectivo, MasterCard, Visa, American Express y crédito Care.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Tengo recibido notificación de **Aviso de prácticas de privacidad del esta Oficina.**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nos intentó obtener escrito acuse de recibo de nuestro aviso de privacidad. Las prácticas, pero el reconocimiento no se pudo obtener porque:

- Individuo se negó a firmar
- Comunicación barreras prohíben obtener el reconocimiento
- Un situación de emergencia nos impedido obtener el reconocimiento
- Otros: \_\_\_\_\_