

## Dyer Familia Dental

14509 Horizon Blvd Ste. B | Horizon City, TX 79928 | 915-852-1001

### Escrito Política Financiera

Gracias por elegir Dyer Family Dental. Nuestra misión principal es ofrecer la mejor y más completa atención dental. Una parte importante de la misión es hacer que el costo de una atención óptima como fácil y manejable para nuestros pacientes ofreciendo varias opciones de pago.

#### Opciones de Pago:

Puede elegir entre las siguientes opciones:

- Efectivo, Visa, MasterCard, AMEX o Discover Card
- En casa planes de pago ( ningún interés )
- Cómodos planes de pago mensual del Crédito por Cuidados
- Le permite pagar en el tiempo
- Ninguna cuota anual o pre-pago sanciones

Por favor nota:

Dyer Dental familiar exige el pago antes de la finalización del tratamiento. Caso de que decida suspender atención antes del tratamiento se ha completado, el reembolso será determinado en la revisión de su caso.\* Para más grande y más completo de planes de tratamiento \$300 o más, en casa planes de pago están disponibles. **\$50 Depósito no-reembolsable** es requerido para asegurar la cita inicial del tratamiento. Si esta cita se ha perdido o no programar 48 horas antes de la hora de la cita, se le han perdido su depósito y tendrán que dar otros \$50 depósito no-reembolsable para conseguir otra cita. (30% y 3 meses max plan de pago).

Para los pacientes con seguro dental, estamos muy contentos con su remolque o soporte para maximizar su beneficio y facturar directamente de reembolso para el tratamiento. (Si no recibe el pago de su compañía de seguros dentro de 30 días, usted será responsable del pago de sus honorarios por el tratamiento y el cobro de sus beneficios directamente de su compañía de seguros).

Las citas deben ser reprogramados 48 horas antes de la hora del tratamiento a fin de evitar perdidas o gastos de cancelación.

Si tiene alguna pregunta, por favor, no dude en preguntar. Estamos aquí para ayudarle a conseguir la odontología que desee y/o necesidad.

---

Paciente, Padre, Madre o tutor Firma

Fecha

---

Nombre del Paciente (en letra de imprenta)