

Póliza de la oficina del Dr. William Galanes DDS, PC

A todos los pacientes sin ayuda financiera para servicios dentales les solicitamos y agradecemos su pago íntegro. Para aquellos pacientes con beneficios financieros para servicios dentales, les pedimos y agradecemos su pago en su totalidad con los deducibles y la porción que le toca pagar.

Aceptamos VISA, MC, DISCOVER, cheques personales, y efectivo como forma de pago. Los pagos mensuales pueden ser asegurados con Wells Fargo una vez que sean aprobados por el prestamista. Los estados de cuenta que sobrepasen los 30 días incurrirán en cargos financieros de 1.5% cada mes.

Si usted tiene servicios de asistencia dental es imprescindible que nos facilite una copia de la forma llenada y firmada para que podamos aceptar pagos directos de su benefactor.

Su póliza de seguro es un acuerdo entre usted y su compañía aseguradora; por lo tanto, le solicitamos que llame a su proveedor en los siguientes 30 días después de su tratamiento para verificar el estado actual de su reclamo. Si el pago de su proveedor no ha sido recibido dentro de los 45 días de su tratamiento, le requerimos que el balance sea pagado inmediatamente.

Para todos los tratamientos incluyendo los trabajos de laboratorio es requerido un prepago (depósito) del 50% de su porción. El otro 50% deberá ser pagado en la última cita, menos lo que haya pagado su seguro de asistencia dental. Esto le permite al doctor cumplir con sus obligaciones éticas y financieras y completar satisfactoriamente su tratamiento.

Si por alguna razón usted no puede asistir a su cita, le pedimos que nos lo notifique por lo menos 24 horas antes. En caso de no avisar tendrá un cargo de \$50-\$70.00. **Por favor comprenda que cuando usted programa una cita, nosotros reservamos ese tiempo exclusivamente para usted.** Por favor asegure su disponibilidad. Nosotros no nos saturamos de citas para no afectarlos con cambios de última hora, por eso les agradecemos su respecto hacia nuestro tiempo y el compromiso que hacemos con su cita.

Comprendo mi responsabilidad y obligación para pagar mi tratamiento sin considerar la ayuda financiera. En el caso que esta cuenta llegara a ser penalizada, William R. Galanes, DDS, PC se reserva el derecho de cobrar los intereses, pagos de abogado, y cualquier costo de la corte en los que se incurra por intentar recuperar esta cantidad. El lugar de encuentro será en el condado de Kane, IL.

Firma del paciente (Firma de los padres en caso de un menor)

Date

Coordinador financiero (testigo)

Date