

Janet B Cubol, DMD

961 Alamo Dr., Vacaville, CA 95687
www.cubolfamilydentistry.com
707-469-6211

Nuestra Política Financiera

Estamos comprometidos a proveerle con la mejor atención posible y estamos encantados de discutir nuestros honorarios profesionales con usted en cualquier momento. Su claro entender de nuestra política es importante para nuestra relación profesional. Por favor, pregunte si tiene alguna pregunta sobre nuestra tarifas, norma o su responsabilidad.

- Todos los pacientes deben completar los formularios de "Información para el paciente" antes de ver al médico.
- Cualquier co-pagos y deducibles deben ser pagados al momento del servicio.

Paciente sin seguro:

El paciente sin seguro son responsables por el pago total en el día de servicio a menos que se hagan arreglos.

Paciente con Seguros:

Podemos facturar la mayoría de las compañías de seguros. Es su responsabilidad asegurarse de recibir la información correcta. Presentamos reclamaciones de seguros como una cortesía a nuestros pacientes. **En caso de que la compañía de seguros no abonara en la reclamación; El importe total será su responsabilidad. Si su compañía de seguros paga directamente a usted, es necesario que el costo del tratamiento se paga en su totalidad ese día.**

Las citas de cancelación / Broken:

Si desea cambiar su cita programada, la amabilidad de darnos al menos 48 horas de antelación notificar. Si por alguna razón usted no puede asistir a usted cita programada y sin previo aviso se da, tenemos el derecho de cobrar \$50.00 por citas canceladas.

PAGO DEL PACIENTE:

Cuando un procedimiento importante está programada la cita, requerimos avance / pago inicial para reservar el tiempo del médico.

Liberación de Archivos:

Se cobrará \$25.00 para la liberación de los registros dentales del paciente para cualquier propósito puede servir con la excepción de que el paciente sea referido a un especialista.

Gracias por la comprensión de nuestra política de oficina que usted. Por favor, háganos saber si usted tiene alguna pregunta.

Paciente / Guardián Firma: _____ Fecha: _____