

MATHEW A. BERG, D.M.D
1280 HAWKINS, SUITE 100
EL PASO, TEXAS 79925
(915) 591-5333

NORMAS DE FINANCIAMIENTO

Gracias por seleccionarnos como el *proveedor* de su cuidado dental. Tenemos el compromiso de ofrecerle un servicio de calidad a precios razonables.

Es indispensable que usted lea esta información antes de comenzar cualquier tratamiento.
Gracias por su cooperación.

- Se requiere el pago total de los servicios adquiridos en el día de su visita. Aceptamos cheque personal, Visa, "Master Card", American Express" y "Discover Card"

Referente a las Compañías de Seguros Dentales

- Aceptamos la asignación de los beneficios de la compañía de seguros desde su primera visita. No podemos cobrarle a esta a menos que usted nos facilite toda la información de su seguro. Todos los pre-pagos y deducibles **se cobrarán en el momento de su tratamiento**. Su seguro dental es un **contrato entre usted y ellos**. Si su compañía de seguro dental no ha saldado su cuenta **EN 60 DIAS ES RESPONSABLE DEL SALDO**. Por favor, tenga presente que algunos de los servicios prestados podrían no estar cubiertos bajo algunos planes. _____ (iniciales)

Referente a los cargos por servicios prestados

- En cuanto al cargo de dinero por servicios a nuestros pacientes, es nuestra norma el que nuestros precios sean lo que es usual en nuestra área, ofreciendo un servicio de excelencia. _____ (iniciales)

Referente a menores de edad

- El adulto que acompañe al menor, será responsable por el pago total de los servicios prestados. A menos que se trate de una emergencia, no se le dará tratamiento hasta que los arreglos de pago sean hechos con anterioridad a su cita.

Referente a cualquier cancelación de citas

- Su cita es muy importante y es tiempo reservado especialmente para Usted. Cualquier cita cancelada, al último momento, interrumpe nuestro programa de calendario del día y deja este tiempo sin disposición para otros pacientes que requieren tratamiento. Nuestra regla es de cobrar la cita cancelada al precio de una visita normal (\$55.00). Por favor ayúdenos a servirle mejor cumpliendo con su cita asignada. Muchas Gracias. _____ (iniciales)

Firma de la persona responsable

Fecha