



Family Dentistry

900 S. Main Street, #201, Longmont, CO 80501

Phone (303) 776-9701

En nombre de nuestro grupo nos agrada darle la **bienvenida** a nuestra practica. queremos compartir la filosofia de nuestra oficina con usted. Nuestras metas son:

1. Proveerle de la mas alta calidad del cuidado dental de una manera cortes y confortable, resultando en una mejoria en su calidad de vida.
2. Ensenarle como cuidar sus dientes, asi usted puede participar en la manutencion de su salud dental.

ASEGURANZA Y POLITICAS DE PAGO

Los beneficios dentales son ofrecidos por diferentes fuentes y varian ampliamente.

1. No sabemos cuanto cubrira su seguro hasta que recibamos el pago de ellos
2. Por favor lea los beneficios que tiene de su seguro dental o llame a su compania de seguros para conocer el nivel que su seguro le cubrira.
3. Al darle nuestro servicio requeriremos del pago del mismo, o de un pago del 20% a 50% dependiendo del estimado que su compania de seguro le cubrira por el procedimiento.
4. Los pagos del seguro estan basados en " ACOSTUMBRADAS Y USUALES" tarifas. Esas tarifas son tradicionalmente mas bajas que el promedio de los cargos. Por lo tanto usted es responsable por cualquier remanente en su balance.
5. Despues de recibir el reembolso de su seguro, le notificaremos si hay un reembolso a su favor o un sobrepago.

POLITICAS PARA LAS CITAS PERDIDAS

Entendemos que la vida es agitada y los problemas de horario tal vez aparezcan. Si usted los tiene que cambiar o cancelar su cita, por favor llame a nuestra oficina antes de 24 horas de esta forma tenemos la oportunidad de tratar de cubrir el espacio perdido. El tiempo para su cita ha sido reservado para usted, si usted no cancela antes de 24 horas, o si no llega a su cita, se le haria un cargo de \$50.00. y sus citas futuras, seran concedidas en en base de dia con dia, usted puede llamar el dia que este libre y si el horario lo permite, estaremos felices de proveerle el tratamiento.

ES IMPORTANTE QUE USTED VALORICE NUESTRO TIEMPO; COMO NOSOTROS VALORAMOS EL SUYO.

GRACIAS,

FIRMA DEL PACIENTE:

FECHA: