### Las Colinas Endodontics *Las Colinas Medical Plaza II*

*Specialists in Endodontics 7200 N. Hwy 161, Ste 215*

*Irving, TX 75039*

*Phone: 972.556.2100*

*Fax: 972.556.2112*

**POLIZA DE LA OFICINA**

Nos gustaria darle la bienvenida a nuestra oficina, y estamos felice por habernos escogidp para su tratamiento de canals. Nuestro objective es proporcionarle el major tratamiento possible. Para ello, necesitamos su ayuda y comprension de las polizas de nuestra oficina. Iniciales: \_\_\_\_\_\_\_

**COMPANIAS DE SEGUROS**

Estamos aqui para ayedarle a responder cualquier pregunta sobre la cobertura de su seguro dental y pagoes. Sin embargo, su deguro es un contrato entre usted, su empleador, y la compania de seguros. NOSOTROS NO FORMANOS PARTE DE ESE CONTRATO. Como cortesia archivamos los seguros para nuestros pacientes. Sin embargo usted sigue siendo responsible de cualquier credito en su cuenta. Su compania de seguro pagara lo que ellos estimen de acuerdo con el area, y esto puede o no ser nuestro precio. El paciente es responable de cualquier balance no pagado por su compania de seguro. Si usted tiene un seguro secundario, estaremos mas que felices de ayudarle y proporcionarle la informacion necesaria para que usted lo archive. Iniciales: \_\_\_\_\_\_\_

**RESPONSABILIDAD FINANCIAL**

El pago complete de los servicios ha de realizarse en el momento en el servicio es recibido. Si usted tiene seguro dental, la porcion estimada mas los deducibles deberan ser abonados en el dia en el que el servicio es recibido. En caso de que su seguro no cobra el tratamiento o no pague el estimado, usted es responsible de cualquier balance total. Se acepta efectivo, Visa, MasterCard, American Express y Discover. Tambien ofrecemos Care Credit como metodo de financiacion. Si usted tiene preguntas sobre esta poliza, haga el favor de preguntar a cualquiera de nuestros miembros. Iniciales: \_\_\_\_\_\_\_

**CITAS PERDIDAS**

Le reservamos un tiempo exclusivamente para usted. Por lo tanto no hacemos doble citas en la misma hora para asegurar que nuestros pacientes reciben un tratamiento adecuado. LAS CITAS PERDIDAS O NO CANCELADAS CON MAS DE 24 HORAS DE ANTELACION ESTAN SUJETAS A UN CARGO DE $50.00. Iniciales: \_\_\_\_\_\_\_\_

Gracias por elegir nuestra oficina para su tratamiento de canals. Consideramos que es muy importante que nuestros pacientes entiendan por complete nuestras polizas financials, para que asi podamos concentrarnos en usted y sus necesidades Endodonticas. Es su responsabilidad notificarnos de cualquier cambio de sue status de cuenta (Ejemplo: cambio de domicilio, trabajo, cellular y/o seguro). Por favor haganos saber si podemos responder cualquier pregunta que tenga.

He leido lo arriba mencionado, y rntiendo y acepto todas las polizas.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Paciente Guardian Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Testigo (Staff Dental) Fecha