

MEDWAY FAMILY DENTAL

REGRAS DO CONSULTÓRIO

1.) ACORDO FINANCEIRO

O pagamento pelos serviços está pendente no horário da sua consulta. Nós enviaremos suas cobranças para a sua companhia de seguro como cortesia para você. A companhia de seguro somente cobre uma porção dos preços do consultório. Você tem a responsabilidade de pagar a porção que o seu seguro não cobre. O seu co-pagamento será recebido no mesmo dia da sua consulta.

Eu autorizo que o meu seguro pague o consultório Unique Dental Care diretamente. _____ Iniciais

2.) CANCELAMENTO E FALHA DE COMPARECER À CONSULTA

Compreendemos que às vezes circunstâncias podem acontecer que possam impedir a sua comparência para a sua consulta. Requirimos pelo menos 72 horas de aviso para mudar ou cancelar qualquer consulta. Falha de aviso resultará em uma cobrança de \$60.00 para consultas de limpeza e restauração. Para consultas com o/a especialista \$110.00 será cobrado se não avisar pelo menos 5 dias antes da consulta marcada. _____ Iniciais

3.) RAIOS-X

Entendo que as radiografias e registros dentários são propriedade do Unique Smile Dental Associates e que custa \$28.00 para copiar radiografias. Se uma duplicação é requisitada, um aviso de 72 horas é necessário antes da entrega ou do envio. _____ Iniciais

4.) CARTÕES DE LEMBRETE/LIGAÇÕES/ MENSAGENS DE SMS/E-MAIL DE CORTESIA

Eu autorizo que a Unique Smile Dental Associates me envie notificações através de cartões pelo correio, internet ou telecomunicação. _____ Iniciais

5.) PAGAMENTOS

Falha em pagar o seu saldo depois de 90 dias, resultará que a sua conta seja enviada para uma agência de cobrança. Uma taxa de \$50 será cobrada e mais 20% do valor da dívida será agregada ao seu saldo.

A minha assinatura abaixo indica que eu compreendo e aprovo os regulamentos da clinica listados acima e assumo a responsabilidade pelos serviços recebidos.

Paciente/Pais/Responsaveis _____ Data: _____