

Kissimmee Childrens Dentistry
595 Oak Commons Blvd, Suite C
Kissimmee, FL 34741
Phone: (407) 870-0717 Fax: (407) 870-9970

Nuestra política financiera y política de citas rotas

Todos nuestros honorarios serán vencidas y pagaderas en el tiempo de tratamiento se rindió. Para nuestros pacientes con seguro dental, le solicitamos que pague su porción estimada de la tasa de tratamiento en el momento los servicios se prestan. Usted será responsable del pago de cualquier saldo inmediatamente después de la compañía de seguros ha pagado en una reclamación.

Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No somos una parte de ese contrato. Como una cortesía a nuestros pacientes que presentarán las reclamaciones a su compañía de seguros primaria (usted es responsable de cualquier seguro secundario), para ayudarle a recibir todos los beneficios de su cobertura. Sin embargo, no podemos hacer ninguna garantía de ningún tipo de cobertura estimada de pago.

Si su compañía de seguros primaria no paga dentro de los 45 días de nuestra fecha de presentación, que será responsable de la totalidad del saldo y debe comunicarse con su compañía directamente para resolver su reclamo. Una copia de la reclamación se le proporciona. Después de 60 días de nuestra fecha de presentación, los saldos pendientes de pago estarán sujetos a un cargo financiero.

Aceptamos efectivo, cheques, tarjetas de débito, Visa, MasterCard y Discover como formas de pago.

Previo acuerdo con Care Credit, somos capaces de ofrecer a nuestros pacientes tres, seis y doce meses planes de pago sin interés dependiendo de la cantidad de tratamiento. Los formularios de solicitud están disponibles en la recepción.

La amabilidad de dar aviso con 24 horas de anticipación si no puede asistir a su cita. Si no se da aviso por adelantado, una cancelación, se puede determinar ningún cargo espectáculo.

Siempre estamos disponibles para responder a sus preguntas o ayudarle con su cuidado de la salud dental. Le damos las gracias por elegirnos como

Paciente/Padre Firma

Fecha