



Sparks Location
2145 Green Vista Dr.
Sparks, NV 89431
775.331.9477

Fallon Location
2152 Reno Hwy. #B
Fallon, NV 89406
775.423.9453

Perry Francis DDS
www.waskids.com



Si, se aplicará un cargo de nombramiento roto de \$53,00 por media hora y cita:

- Notificación de la cancelación no se recibe por lo menos **7 días hábiles** antes de la citas programadas todo.

Casos de sedación/Hospital:

- No habrá absolutamente cargo para reprogramar la cita de sedacion de su hijo, como ofrecerle al menos aviso de **7 días hábiles** . Una cuota de \$300.00 de sedación se requiere antes de programar y se perderá si recibimos menos de **7 días hábiles** de antelación para cambiar o cancelar la cita.
- No habrá absolutamente cargo para volver a programar el procedimiento de hospital de su hijo, mientras proporciona por lo menos aviso de **7 días hábiles** . Una cuota de \$300.00 de hospital se requiere antes programar una cita y se perderá si recibimos menos de **7 días hábiles** de antelación para cambiar o cancelar la cita.

Si usted tiene alguna pregunta no dude en preguntar a un miembro del personal.

Firma del padre/tutor

fecha



Sparks Location
2145 Green Vista Dr.
Sparks, NV 89431
775.331.9477

Fallon Location
2152 Reno Hwy. #B
Fallon, NV 89406
775.423.9453

Perry Francis DDS
www.waskids.com



Políticas financieras

Buena comunicación sobre responsabilidades financieras promueve buenas relaciones con nuestros pacientes. No dude en preguntar si tienes alguna pregunta.

- **La persona que trae al niño es legalmente responsable por los pagos.**
- **No podemos dividir los pagos entre los dos padres .** Te pedimos que hagas un arreglo de pago si es necesario antes de su hijo programado cita.
- Participamos con la PPO siguiente: diversificado, protector Dental, Delta Dental Premier, MetLife, Principal, acceso a Premier y United Concordia.
- Visitas al consultorio son pagaderos en el momento del servicio. Iniciales de ____
- Si su hijo requiere tratamiento dental realizado en la oficina, se requiere un depósito de \$50 cuando se planifica. Este depósito se abonará a la paga de co para el siguiente tratamiento dental de su hijo. ____Initials
- Si su hijo requiere tratamiento dental en un centro de cirugía ambulatorio o bajo sedación consciente en la oficina, cualquier paga co debe pagarse antes de programar el servicio. ____Initials
- Nuestras citas son (3) meses de anticipación. Cualquier cita oficina reprogramado sin 7 días aviso puede estar sujeto a un \$53,00 cita rompe carga. ____Initials
- Por favor, comprenda que nuestro objetivo es proporcionar a su hijo el mejor cuidado dental posible. El objetivo de su compañía de seguros es controlar los costes. No están en el negocio de determinar lo que una atención óptima. Su seguro es un contrato entre usted y la compañía de seguros. Le facturará su seguro como una cortesía hacia usted.

Iniciales de ____

Cualquier saldo restante después de 45 días deben pagarse. Aceptamos efectivo, cheques, giros, VISA. Mastercard, descubrir y cuidar el crédito.

Firma del padre/tutor

fecha