

**POLIZA DEL DR. MATTHEW MCRAE, JR., D.M.D., P.C. Y SUS ASOCIADOS**

**Favor leer la siguiente poliza y su firma es necesaria :**

Si usted es paciente de nuestra practica y por cualquier razon no puede mantener su cita y desea **hacer una cancelacion de su visita. Es una poliza y norma llamarnos 24 horas antes de su cita, para poder hacer dicha cancelacion.**

1. Todas nuestras visitas incluyendo co-pagos **son pagados con aticipacion antes que nuestros servicios sean rendidos.** Nuestra practica acepta cheques, cash, tarjeta de debito y tarjeta de credito.

2. Si usted **desea sus records dentales.** Nuestra oficina tiene la siguiente poliza:

**Enviaremos una copia de los record dentales al proveedor de su preferencia tales como (dentista, hospital, etc.) libre de cargo despues de haber recibido autorizacion propia de la informacion que usted como paciente requiere. Cualquier otro pedido de la primera peticion de copias de su record. Nuestros cargos seran de \$25.00, pagadero antes de ese servicio en orden de poder transferir sus records.**

3. Nuestra oficina tienen un cargo por servicios de **\$50.00 por cheques devueltos sin fondos de su institucion bancaria.**

4. **YO RECONOZCO Y ME HAGO RESPONSABLE DE TODOS LOS PAGOS Y SERVICIOS RENDIDOS DE MI PARTE O DE MIS DEPENDIENTES. YO ENTIENDO PAGOS SON VENCIBLE EN EL TIEMPO DEL SERVICIO. SI NO FUERA ASI ARREGLOS FINANCIEROS SERAN HECHOS ANTES DE MI VISITA O SERVICIOS RENDIDOS.**

5. **YO RECONOZCO Y ME HAGO RESPONSABLE DE ENTENDER LOS BENEFICIOS DE MI ASEGURANZA . YO ENTIENDO Y ME HAGO RESPONSABLE SABIENDO QUE LA OFICINA DEL DR. MATTHEW MCRAE Y SUS ASOCIADOS PUEDEN SER O NO PUEDEN SER PARTICIPANTES CON MI PLAN DE ASEGURANZA. YO SERE RESPONSABLE DE CUALQUIER BALANCE QUE NO SEA PAGADO POR MI COMPANIA DE ASEGURANZA.**

6. **NUESTROS PRECIOS SON ESTIMADOS SOLAMENTE, PUEDE HABER UNA POSIBILIDAD DE HABER UN BALANCE DESPUES QUE MI ASEGURANZA HAYA PAGADO.**

\_\_\_\_\_  
**PACIENTE (O) PERSONA LEGAL**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**