**SJ Family Dental**

**35A Guy Lombardo ave Freeport NY, 11520 (516)546-6709**

**Poliza Financiera**

Gracias por escoger a SJ Family Dental Nuestra objetivo principal es ofrecer la mayor y más completa atención dental disponible. Nuestra mision mas importante es ofrecerle a nuestros pacientes el costo de nuestra atencion, lo mas comoda possible, ofreciendo varias opciones de pagos.

**Opciones de Pagos:**

* Efectivo, Visa, MasterCard , American Express o Discover Card.
* Convenientes opciones de pago mensual de CareCredit

\*Le permite pagar poco a poco.

\*Sin cuotas de interes anuales o cargos penales.

**Tenga en Cuenta:**

SJ Family Dental requiere el pago antes de finalizar su tratamiento dental. Si decide interrumpir el tratamientola antes de ser terminado, su reembolso sera determinado despues de la revision de su caso.

Aceptamos el pago en tres partes . para los tratamients que requieren más de 2 citas , se pueden proporcionar arreglos alternativos de pagos. Para los tratamientos grandes de más de

$500, se requiere un depósito del 10 % para garantizar su cita inicial.

Para los pacientes con seguro dental estamos encantados de trabajar con su compañía para maximizar su beneficiodel ano y directamente facturar a ellos para el reembolso de su tratamiento dental.

SJ Family Dental cobrara $25 por cada cheque devueltos.

Si usted tiene alguna pregunta , por favor no dude en preguntar. Estamos aquí para ayudarle a obtener la odontología que desea y necesita.

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

Firma del Paciente o De Guardia Date

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

Nombre del Paciente

Sin embargo , si no recibimos el pago de su compañía de seguros dentro de los 120 días , usted será responsable del pago.