



FINANCE AGREEMENT – ФИНАНСОВЫЙ ДОГОВОР

ДОБРО ПОЖАЛОВАТЬ В НАШУ СТОМАТОЛОГИЮ! МЫ РАДЫ ВИДЕТЬ ВАС НАШИМ ПАЦИЕНТОМ И ХОТИМ КАК МОЖНО ЛУЧШЕ ОКАЗАТЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКУЮ ПОМОЧЬ ВАМ И ВАШЕЙ СЕМЬЕ. МЫ ПОНИМАЕМ, ЧТО ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПОЛНОГО КОМПЛЕКСНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ОБСУЖДЕНИЕ ВСЕЙ ИНФОРМАЦИИ О ВАШЕМ ЗДОРОВЬЕ, РАССМОТРЕНИЕ ПЛАНА ЛЕЧЕНИЯ, ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ИНФОРМАЦИИ.

ПЕРЕД НАЧАЛОМ ЛЕЧЕНИЯ МЫ ОБСУДИМ ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПУТИ ЕГО ФИНАНСИРОВАНИЯ. ЭТО ПОЗВОЛИТ ВАМ ВИДЕТЬ ОБЩУЮ СИТУАЦИЮ ЗДОРОВЬЯ ВАШИХ ЗУБОВ, ПОЗВОЛИТ ВИДЕТЬ КАКИЕ РАСХОДЫ СЛЕДУЕТ ОЖИДАТЬ.

ОПЛАТА ПРОИЗВОДИТСЯ В МОМЕНТ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ. ДЛЯ ВАШЕГО УДОБСТВА МЫ ПРИНИМАЕМ НАЛИЧНЫЕ, БАНКОВСКИЙ ЧЕК, VISA, MASTERCARD, AMERICAN, EXPRESS И DISCOVER. ЛЮБЫЕ СПОСОБЫ ОПЛАТЫ ДОЛЖНЫ БЫТЬ УПЛАЧЕНЫ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ.

СТРАХОВЫЕ ВЫПЛАТЫ – ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ ВАШИМ РАБОТОДАТЕЛЕМ, А НЕ ВАШИМ СТОМАТОЛОГОМ. ВАШ СТРАХОВОЙ ПОЛИС – ЭТО ДОГОВОР МЕЖДУ ВАМИ И ВАШЕЙ СТРАХОВОЙ КОМПАНИЕЙ. ВАШЕ СТРАХОВОЕ ПОКРЫТИЕ И ЛЬГОТЫ ЯВЛЯЮТСЯ ВАШЕЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ. СТРАХОВКА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ГАРАНТИЕЙ ВЫПЛАТЫ И ЧАСТО НЕ ПОКРЫВАЕТ ВСЕХ РАСХОДОВ СВЯЗАННЫХ С ЛЕЧЕНИЕМ. МЫ БУДЕМ РАДЫ ПОМОЧЬ СДЕЛАТЬ ЗАПРОС НА ВАШЕ ИМЯ, ЕСЛИ ВЫ ПРЕДОСТАВИТЕ НАМ КАРТУ ВАШЕЙ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ (ЕСЛИ ОНА ИМЕЕТСЯ) И ВСЮ НЕОБХОДИМУЮ ИНФОРМАЦИЮ О РАБОТОДАТЕЛЕ. ЕСЛИ МЫ НЕ СМОЖЕМ ПРОВЕРИТЬ ИНФОРМАЦИЮ О ВАШЕМ СТРАХОВОМ ПОКРЫТИИ ВАМ НЕОБХОДИМО БУДЕТ ЛИЧНО ОПЛАТИТЬ ОКАЗАННЫЕ УСЛУГИ.

ЕСЛИ ОПЛАТА ЗА УЖЕ ОКАЗАННЫЕ УСЛУГИ НЕ БЫЛА ОПЛАЧЕНА ПОЛНОСТЬЮ В ТЕЧЕНИЕ 45 ДНЕЙ НИ ВАМИ, НИ ВАШЕЙ СТРАХОВОЙ КОМПАНИЕЙ, ОСТАВШАЯСЯ СУММА ЗА ВАШЕ ЛЕЧЕНИЕ СЧИТАЕТСЯ ПОДЛЕЖАЩЕЙ ОПЛАТЕ И ДОЛЖНА БЫТЬ ОПЛАЧЕНА ВАМИ.

НАЗНАЧЕНИЕ НА ПРИЕМ ЗАРЕЗЕРВИРОВАНО ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО ДЛЯ ВАС. В КАЧЕСТВЕ ПРЕИМУЩЕСТВА ДЛЯ ВАС, КАК ДЛЯ НАШЕГО УВАЖАЕМОГО ПАЦИЕНТА, МЫ МОЖЕМ ПРЕДЛОЖИТЬ ПЕРЕНЕСТИ ВАШ ПРИЕМ В БЛИЖАЙШЕЕ СВОБОДНОЕ ОКНО В РАССПИСАНИИ, ЕСЛИ ПОЯВИТСЯ ВОЗМОЖНОСТЬ. ЕСЛИ ВАС НЕ БУДЕТ К НАЗНАЧЕННОМУ ВРЕМЕНИ И ВЫ НЕ УВЕДОМИТЕ НАС ЗА 24 ЧАСА ДО НАЧАЛА ПРОЦЕДУРЫ ЭТО ПРИВЕДЕТ К ВЗЫСКАНИЮ ПЛАТЫ В РАЗМЕРЕ \$82 ДОЛЛАРОВ США И БОЛЕЕ ДЛИТЕЛЬНОМУ ВРЕМЕНИ ОЖИДАНИЯ СЛЕДУЮЩЕГО ПРИЁМА. НАШ ОФИС ОСТАВЛЯЕТ ЗА СОБОЙ ПРАВО ОТМЕНИТЬ ПРИЕМ ИЗ-ЗА ОТСУТСТВИЯ ПАЦИЕНТА.

ЕСЛИ ВЫ НЕ ПРИХОДИТЕ НА ЗАПЛАНИРОВАННЫЙ ПРИЕМ ИЛИ НЕОДНОКРАТНО УВЕДОМЛЯЕТЕ ОБ ОТМЕНЕ ПРИЕМА ЗА КОРОТКОЕ ВРЕМЯ - МЫ НЕ СМОЖЕМ ОКАЗАТЬ ЛЕЧЕНИЕ ДЛЯ ВАС. В ЭКСТРЕННОЙ СИТУАЦИИ НАМ ПРИДЕТСЯ ОТКАЗАТЬСЯ ОТ ВАС КАК НАШЕГО ПАЦИЕНТА, МЫ СВЯЖЕМСЯ С ВАМИ В ТЕЧЕНИИ 30 ДНЕЙ ОТПРАВИВ ВАМ ПИСЬМО ПО ПОЧТЕ.

РАЗВЕДЕННЫЕ РОДИТЕЛИ / ИЛИ ЖИВУЩИЕ ОТДЕЛЬНО НЕСУТ ПОЛНУЮ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ВОПРОСЕ ДОПЛАТЫ И ОПЛАТЫ ЛЕЧЕНИЯ. ЕСЛИ ЕСТЬ НЕОБХОДИМОСТЬ МЫ МОЖЕМ СОХРАНИТЬ CREDIT/DEBIT НОМЕР РОДИТЕЛЯ КОТОРЫЙ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОПЕКУНОМ РЕБЕНКА.

МЫ СМОЖЕМ ПРЕДОСТАВИТЬ ВАМ ИНФОРМАЦИЮ О ЦЕНАХ ПОСЛЕ СПЛАНИРОВАННОГО ПЛАНА ЛЕЧЕНИЯ С ДОКТОРОМ. ПОЖАЛУЙСТА СООБЩИТЕ НАМ, ЧТО ВАС БЕСПОКОИТ И МЫ ПОСТАРАЕМСЯ СДЕЛАТЬ ВСЕ ВОЗМОЖНОЕ ЧТОБЫ ВАМ ПОМОЧЬ.

_____ (ВАШИ ИНИЦИАЛЫ) Я ПРОЧИТАЛ(А) И ПОНЯЛ ВСЕ УСЛОВИЯ ФИНАНСОВОЙ ПОЛИТИКИ ВАШЕЙ СТОМАТОЛОГИИ.

NAME OF PATIENT _____

DATA _____

ПОДПИСЬ _____