



Teddy Bear Children's Dentistry
Renata Da Fonseca, D.D.S.
Specialized Dentistry Infants and Children
23101 Sherman Place, Suite #201
West Hills, CA 91307

OFFICE POLICY

Dear Parents,

We appreciate your selection of this office to serve your dental needs. Our goal is to provide the best possible dental care for our patients. We want your children to enjoy optimal dental health throughout their life. This statement has been prepared to give you some information about our office policies. Please ask the front desk staff if you have any questions about the areas covered in this statement. **Initials:** _____

ESTIMATES

Before we begin treatment, we will perform a complete diagnosis. Based on that, we will give you an estimate of the total charges for your treatment. As we proceed with your treatment, we may encounter additional problems, which may not be apparent to us at the time of the initial examination. In this event, we will fully discuss the problem, including the effects, if any, on your financial arrangements. We will not proceed without your approval. **Initials:** _____

APPOINTMENTS

If you are unable to keep a scheduled appointment, we ask that you give us at least 48 hours notice. Failure to give us appropriate notice will result in a charge of at least \$50.00. The charge will depend on the length of your appointment. Failed appointment charges are not covered by insurance. **Initials:** _____

COPY OF RECORDS

Should you need a copy of your child's records/x-ras there is a cost of \$10.00, and you will need to submit a request in writing. **Initials:** _____

INSURANCE

As a courtesy to you, we will bill your insurance company for services rendered. If we are able to provide this service, you must supply us with complete information regarding your insurance and employer. We will require your portion of the charges, which your insurance company will not cover, including all deductibles and estimated patient portion, at the time service is rendered. **Initials:** _____

PATIENTS WITHOUT INSURANCE

It is our policy to receive full payment at the time service is rendered. For your convenience, we accept ALL MAJOR CREDIT CARDS, SORRY NO PERSONAL CHECKS. We understand that some families need special financial arrangements, for your convenience we offer monthly payment plans, please ask a member of our staff for more details. **Initials:** _____

DELINQUENT ACCOUNTS

Any account that has had no payment for 30 days is considered delinquent and may be subject to a 1.5% monthly service charge. If any account has had no payment for over 60 days, it may be subject to outside collection action or turned over to our attorney; Small Claims Court action may be taken. If this account is assigned to a collection agency or an attorney, the prevailing party shall be entitled to a reasonable attorney's fees and cost of collection.

Initials: _____ **I have read, understood, and agree to the above.**

Signature of Parent or Responsible Party

Date

Dr. Signature _____

Phone: (818)716-8424 Fax: (818) 716-8423

teddybearchildrensdentistry@gmail.com



Teddy Bear Children's Dentistry
Renata Da Fonseca, D.D.S.
Specialized Dentistry Infants and Children
23101 Sherman Place, Suite #201
West Hills, CA 91307

REGLAS DE LA OFICINA

Queridos Padres,

Nosotros apreciamos su selección de esta oficina para sus necesidades dentales. Nuestro objetivo es proveer el mejor posible cuidado dental para nuestros pacientes. Queremos que sus hijos disfruten cuidado dental óptimo durante toda su vida. Esta declaración ha sido preparada para darle información sobre nuestras pólizas. Si tiene algunas preguntas sobre estas pólizas, por favor pregúntele a la recepcionistas.

ESTIMADOS

Un examen completo será hecho antes de comenzar el tratamiento dental. Con esto le podemos dar un estimado de los cargos. Durante el tratamiento, ha veces se presentan problemas adicionales que no fueron obvios durante el examen inicial. En este caso discutiremos el problema y los cargos extras, si se encuentran, antes de proceder con el tratamiento.

Iniciales: _____

CITAS

Si usted no puede cumplir con sus citas, por favor llame a la oficina y denos 48 horas de noticia. Si usted falla de darnos noticia apropiada, esto resultaba en cargo de por lo menos \$50.00. El cargo dependerá en la longitud de la cita que fallo.

Estos cargos no son cubiertos por su seguro dental. **Iniciales:** _____

COPIAS DE RADIOGRAFÍAS O EXPEDIENTES

Si usted necesita una copia de los expedientes/radiografías de su niño/a, tendrá un cobro de \$10.00 y necesitada submitir una solicitud en escrito. **Iniciales:** _____

SEGURO DENTAL

Como cortesía esta oficina le enviara su cuenta a la compañía de seguros en cuanto los servicios sean rendidos. Para proveer este servicio necesitamos la información completa sobre su trabajo y el nombre de la compañía de seguros. Requerimos su parte de los cargos, incluyendo de deducibles y la porción de paciente estimada cuando el tratamiento esté completo. **Iniciales:** _____

PACIENTES SIN SEGURO DENTAL

Es nuestra póliza recibir pago completo en cuanto el tratamiento dental este completo. Para su conveniencia, aceptamos TODAS LAS TARJETAS DE CRÉDITO, LO SENTIMOS PERO NO ACEPTAMOS CHEQUES PERSONALES. Entendemos que algunos pacientes necesitan arreglos especiales, por esta razón ofrecemos pagos mensuales, por favor preguntenos para obtener más detalles. **Iniciales:** _____

CUENTAS DELINQUENTES

Cualquier cuenta que no tenga para pago mas de 30 dias, sera considerada delincuente y será su sujeto a un cargo de servicio de 1.5% al mes. Alguna cuenta que no tenga pago por más de 60, será entregada a compañía de colección o entregada a nuestro abogado; acción de corte puede ser tomada. Si esta cuenta es asignada a una agencia de colección o a un abogado usted será responsable por todos los costos asociados con esto.

Iniciales: _____ Yo he leído, entiendo, y estoy acuerdo con todo los mencionado arriba.

Firma de padre o parte responsable

Fecha

Firma de Doctor

Phone: (818)716-8424 Fax: (818) 716-8423
teddybearchildrensdentistry@gmail.com