

お知らせ ※必ずお読み下さい

Financial Policy お支払い規約

当ブランクロッシングファミリーデンタルでは、患者様にとって一番よい治療をご提供することをお約束します。治療費は治療の一部であることをご理解ください。

下記は当院でのお支払い方法についての説明事項ですので、治療をお受けになる前に良く読んでから署名してください(18歳未満の場合は保護者)。診察を受ける前に患者様は問診票等の必要書類の記入が義務付けられていますので、ご了承ください。

お支払い方法について

現金、パーソナルチェック、クレジットカード(Visa, Mastercard, AMEX, Discover, JCB)がご利用になれます。

事前に分割払いのご相談を受けている場合を除き、原則お支払いは治療を受けた時点でご請求いたします。

長期の治療プランが必要な場合は、各治療ごとにご請求いたします。

入れ歯・部分入れ歯・クラウン・ブリッジなど、デンタルラボで作成されるかぶせ物は、型を取った時点で(1)全額お支払いいただいても良いですし、(2)先に50%のデポジット(預かり金)をお支払い頂き、残金のかぶせ物をかぶせた日にお支払いいただけます。

歯科保険について

ご加入いただいている歯科保険は患者様(又は雇用主)と保険会社の間の契約であって、当医院との契約ではありません。保険会社への治療費や質問に関して、できるかぎりお答えできるようご協力は致しますが、保険会社の支払いについての責任は当院にはありませんのでご理解願います。保険会社に請求した分の治療費が何らかの理由で支払われなかった場合は、ご請求させていただきます。

Deductible(免責額)やコーペイ(自己負担額)がある場合は治療を受けた時点でご請求いたします。

保険会社によって45日以内に支払われない場合は、その日から15日以内にお支払いください。請求日から60日を超えてお支払いが確認できない治療費に関しましては、月々1.5%の利子が加算されますので、ご注意ください。



Return Checks : 銀行で受理されない不渡小切手は\$35のチャージが加算されます。
私は上記の支払い規約をよく読み理解したうえでここに同意します。

署名 ※18歳未満の場合は保護者

Date(日付) / /

Acknowledgement of cancellation / No show policy ご予約のキャンセル・変更について

当院はすべての患者様に“より丁寧で高度な医療”を提供したいと望んでおります。
下記のキャンセル変更についての規約を良くお読みになり、ご署名ください。

キャンセル・変更を希望される場合は、ご予約の24時間前までにご連絡ください。キャンセルされた方の時間で、歯の痛みのある方を一人でも早く治療して差し上げることが可能になります。

無断キャンセルだけは絶対にご遠慮ください。無断キャンセルされた場合は、カルテに“no show”と記載され、\$25のキャンセル料が加算されます。

治療時間が長く掛かる場合は事前にお伝え致します。その際は「確実に来院できる日時」をお選びください。仕事等で時間に制約のある方は、あらかじめ受付までご相談ください。出来る限りご要望にお応えしたいと考えております。

急を要する患者様の来院、予定していた患者様が遅れての来院、予想外の治療時間の延長等、歯科医院ではさまざまなことがございます。私どもは、患者様をお待たせしないよう最善の努力を続けてまいりますので、どうかご理解とご協力の程お願いいたします。



私は上記の予約キャンセル・変更の規約をよく読み理解したうえでここに同意します。

署名 ※18歳未満の場合は保護者

Date(日付) / /

Signature on File Form

Subscriber Name (被保険者)	
Subscriber Social Security Number (ソーシャルセキュリティー番号)	
Primary Insurance Company (保険会社名)	
Address (保険会社住所)	
Secondary Insurance Company (第二保険会社名) ※あれば	
Address (第二保険会社住所)	

The undersigned hereby authorizes the release of any information relating to all claims for benefits submitted on behalf of myself and/or dependents. I further expressly agree and acknowledge that my signature authorizes my dentist to submit claims for benefits for services rendered or to be rendered without my signature on every claim submitted for myself or my dependents.



文末の署名は、これによって自分(又は扶養家族)を代表して提出され、すべてのクレームに関係のある任意の(保険会社への)情報開示を認可します。私の歯科医が与えられたサービス(治療)のためのクレームを提出する又は自分のために提出されたすべてのクレーム中の私(又は扶養家族)の署名なしでも、この署名が提出を認めることに同意します。

Authorized signature of covered person

(署名)

Date (日付) / /

The undersigned authorizes payment directly to Dr. Akira Nakada also known as Brannon Crossing Family Dental LLC, group benefits otherwise payable to him.



文末の署名は、ドクター中田、又はブラノンクロスングファミリーデンタルにクレームの治療費が直接支払われることを許可します。

Authorized signature of covered person

Date (日付) / /