



お支払いについて

Insurance 保険

歯科保険は各保険会社ごとに異なった保険適用治療費が支払われるため、確実な保険会社からの、支払いの見積もりを予測することは困難です。当院では、コンピューターに登録されている、記録にもとずいて、治療の見積もりを差し上げますが、保険のプランによって、様々な要因が見積もり内容の変更に関わります。そのような要因には、保険適用費の残金や加入日から一年間までの、waiting period という、限られた治療に支払いがされない期間などがあります。ご自身の保険のプランの内容または限定事項等をあらかじめ保険会社と確認されることをお勧めします。また保険が適用されなかった治療費は、全て患者様の負担となります。各保険会社と患者間での契約合意内容に関しては、当院では一切責任を負いかねますのでご了承下さい。保険をお持ちでない方は、治療費のお支払いは治療日当日にお支払い頂きます。

Extended Payments 分割払い

治療費合計額が300ドルを超える場合、金融会社ケアクレジットまたはチェイスを利用して分割払いが可能です。こういったローンに関する詳細はフロントデスクまたは、www.carecredit.com で確認いただけます。分割払いをご希望の際はスタッフにお申し付け下さい。

Overdue Account 未払い

治療費のお支払いが90日以上滞納した場合はコレクションエージェンシー（滞納金回収会社）に口座が移され、そこから請求が遂行されます。この場合、治療費未払分とコレクションエージェンシーに対してかかる費用等が、ご本人の責任となります。

Cancellation Policy 予約のキャンセル

ご予約の取り消しについては、その日時の48時間前（2稼働日）までをお願いいたします。キャンセルのご連絡がない場合は50ドルのキャンセル料金が加算されます。また直前の予約変更が2回以上続いた場合も50ドルの料金が加算されます。但し緊急事態等で連絡が不可能であった場合は、50ドルの加算料金を治療費へと当てさせていただきます。

私は支払いの規定に関する説明を読み、その内容に同意します。

署名（本人又は保護者） _____ 日付 _____

プライバシー保護法(HIPPA)の同意

別添えのプライバシー保護法の説明書を必ずお読みになってから、署名をして下さい。

私、 _____ は、渡辺景子歯科医院からプライバシー保護法を受領することを同意します。

氏名 _____ 署名 _____ 日付 _____

(又は保護者の氏名・署名)