

Responsabilidad Financiera

Todos los honorarios para el tratamiento se pagan el día de tratamiento. Un presupuesto de los costos de tratamiento se proporcionará antes de la prestación de servicios de tratamiento. Métodos de pago incluyen: cheque, tarjeta de crédito, y un programa de pago sin intereses (Carecredit). Un 5% de descuento se ofrece para todos los pagos en efectivo o cheque. Cheques devueltos por fondos insuficientes se les cargara una tarifa de 50 dólares.

Para la mayoría de las compañías de seguros dentales, presentaremos la reclamación para usted. En algunos casos, aceptaremos el pago directamente de su compañía de seguros dentales. Sin embargo, seguro dental es un contrato entre usted y su compañía, y, en la mayoría de los casos su compañía de seguros no pagará la totalidad de los costos de tratamiento. Honorarios no cubiertos por su compañía de seguros dentales pueden incluir los deducibles, co-pagos o determinados procedimientos. Calculamos los beneficios de su seguro dental antes de cada tratamiento y se estima recaudar la parte que su compañía de seguros no espera pagar. No somos responsables de la forma o de los procesos en que su compañía de seguro dental pagan los beneficios de una reclamación. Sólo podemos ayudarle en el presupuesto de su parte del costo del tratamiento. No garantizamos lo que pague o no pague su propio seguro dental. Algunas compañías de seguros no nos reembolsará a nuestra oficina, pero puede llegar a pagar los beneficios del seguro dental directamente a usted. En este caso, vamos a presentar su reclamación de seguro dental directamente a usted, y usted será responsable por el pago completo cuando el tratamiento se proporcione.

Si su compañía de seguros no ha efectuado el pago dentro de los 30 días después de la presentación de una reclamación, se lo notificaremos por escrito y permitiremos 14 días para completar el pago.

Se puede aplicar un cargo mensual de 1.5% (o un cargo mínimo de \$ 5.00) a los saldos de las cuentas pendientes o 30 días después de prestación de servicios o después de los 14 días descrito para las reclamaciones explicado anteriormente. Cualquier balance después de sesenta (60) días de prestación de tratamiento puede ser remitida a una agencia de cobros y/o abogado para su resolución. Puede resultar en el despido de nuestra oficina. Todos los gastos incurridos en la recogida de las tarifas pendientes de pago se cargará a su cuenta.

Doy permiso a Pediatric Dentistry, P.C. de liberar mi información personal a mi seguro dental cuanto sea necesario para conducir negocios con mi seguro dental y autorizo asignar los beneficios directamente como lo permita mi seguro dental.

Nombramiento de Responsabilidad

Por favor de llegar a la hora de su cita programada. Aceptamos "asignar" si usted lo desea, por adelantado chequeos de rutina de 6 meses y "múltiples" citas para hermanos durante el mismo día. Sin embargo, después de la primera ocurrencia de falta de no presentarse a una cita, o en el momento de cancelación o cambio de una cita antes de 24 horas es posible de que no podamos "asignar" o permitir "múltiples" citas para hermanos para estos chequeos. Dos o más ocurrencias de falta, cambios o cancelaciones menos de 24 horas antes de la cita puede resultar en despido de esta oficina.

Directrices para Padres/Tutores Legales

Le damos la opción a decidir si desea estar presente con su hijo durante el tratamiento. Si opta estar presente, le pedimos que nos ayuden para hacer confortable su hijo, y que nos permita preparar a su niño con el apoyo a nuestra terminología, de ser un observador silencioso, y estará dispuesto a estar ausente de tratamiento si es necesario para mejorar la comunicación entre el niño, el dentista y el personal.

Consentimiento para el Tratamiento

Doy permiso para el médico y el personal de Pediatric Dentistry P.C., para tratamiento dental del niño que puede incluir, pero no se limita a radiográficos, restaurativa, anestésico local, el óxido nítrico, cirugía oral, manejo de la conducta, y técnicas de protección y estabilización que son razonables, necesarias y convenientes para el tratamiento de los niños. Los riesgos, beneficios y alternativas de tratamiento y las técnicas se han explicado conmigo y todas mis preguntas han sido contestadas. Si, durante el tratamiento, se revelan las condiciones imprevistas que requieren la extensión del procedimiento original o de un procedimiento diferente de lo previsto, yo autorizo a los procedimientos que son necesarios y deseables en el discernimiento profesional del dentista. Entiendo que la medicina dental/cirugía no es una ciencia exacta y un resultado precisa y perfecto no está garantizado.

Al firmar abajo, yo entiendo las declaraciones de Responsabilidad Financiero, Los Directrices de los Padres/Tutores Legales y el Consentimiento para el Tratamiento y doy permiso.

Firma de Padre/Tutor Legal

Fecha

Relación con el Paciente

Recibi el Aviso de Prácticas de Privacidad

Al firmar abajo, you he indicado que he recibido una copia de esta notificación de Prácticas de Privacidad de esta oficina.

Firma de Padre/Tutor Legal

Fecha

Relación con el Paciente