

POLITICAS DE OFICINA Y AVISO DE PRIVACIDAD

Gracias por elegir Cornerstone Dental y ortodoncia, LLC. para atender a su cuidado dental necesario. Nos esforzamos por proporcionar una atención de alta calidad a nuestros pacientes y estamos comprometidos con su tratamiento teniendo éxito

Por favor lea y firme en el fondo reconocer que fueron informados de estas políticas. Háganos saber si usted tiene preguntas sobre cualquiera de nuestras oficinas políticas. ¡Gracias!

POLITICA FINANCIERA

En la primera visita te esperamos nuestra oficina con su información de seguro y tarjeta de identificación de la foto. Si ocurre algún cambio durante el tiempo que usted es un paciente, es su responsabilidad informar a nuestra oficina de cualquier cambio (información personal, información del seguro, etcetera.) Nuestra oficina no es responsable de las reclamaciones presentadas a las compañías de seguros por que ya no están cubiertos.

Nuevos pacientes están obligados a pagar por servicios en su totalidad en su primera visita. Si el paciente es un miembro de un plan de HMO/DMO (no en red), el paciente parte/co-payment es debida. Los pacientes son obligados a pagar su deducible, copagos, o Estimado paciente parte debido el día del servicio de visita.

Mientras que aceptamos la mayoría de planes de seguro y están encantados de ayudar en la presentación de sus reclamos, es su responsabilidad leer su póliza y estar al tanto de los servicios cubiertos o no cubiertos por su plan individual. Como cortesía, con mucho gusto le facturará su seguro cuando usted nos proporciona la información y los formularios necesarios. Muchas veces estamos en contacto con su proveedor de seguro antes de la cita y podrá valorar su porción de la cuenta. Le pedimos que pague tu paciente parte de la factura en el momento del servicio, o que un conveniente acuerdo financiero por escrito ser alcanzado al tiempo de servicio.

A pesar de que tenga una reclamación de seguro pendiente, usted recibirá una declaración para el saldo pendiente en su cuenta. No podemos aceptar responsabilidad para recoger una reclamación de seguro después de 60 días o un reclamo disputado de la negociación.

Pólizas de seguro es un contrato entre usted, su empleador y la aseguradora. Tenga en cuenta que algunas y quizás en todos, de los servicios prestados pueden no estar cubierto bajo su póliza de seguro individual. Usted es responsable por el pago de su cuenta.

Si no pago se recibe en una cuenta después de dos declaraciones mensuales, nuestra oficina hará todo lo posible para contactar con el responsable indicado en la página uno. Si la parte responsable no puede ser alcanzada, se enviará un tercer proyecto de ley afirmando que "este será el ultimo aviso de pago". Si el partido no se contacte con nuestra oficina después de recibir dicha notificación, la cuenta se enviará a una agencia de colección.

Opciones financieras están disponibles para todos los pacientes; no dude en preguntar a uno de nuestro personal de oficina.

CITAS FALLIDAS O CANCELADAS

Si una cita se ha reservado para usted, le pedimos amablemente que pacientes dan veinticuatro horas de anticipación para cancelaciones; de lo contrario, nos reservamos el derecho a cobrar un mínimo de \$50 por media hora, que es actualmente nuestra tasa de cita rota. El período de tiempo reservado y el número de citas fallidas anteriores determinará los cargos reales. No ofrecemos citas a los pacientes que no citas múltiples sin necesidad de aviso adecuado.

ESTIMACIONES Y HONORARIOS

Después de radiografías y examen, tienen derecho a y deben solicitar, una estimación de las tasas para cubrir su tratamiento. Todas las estimaciones se basan en las condiciones en el momento del diagnóstico. Circunstancias imprevistas, tales como terapia pulpar o dientes agrietados podrían alterar un cargo estimado. Es costumbre pagar por servicios dentales cuando se presentan. Hay un cargo por servicio sobre todas las cuentas sin pagar.

CUENTAS ATRASADAS

Cuentas en atraso serán entregadas a una agencia de colección de informes de crédito.

AVISO DE PRIVACIDAD (HIPAA)

Una laminado copia de nuestra notificación de prácticas de privacidad (HIPAA) está disponible en nuestra oficina. Usted tiene el derecho a leer nuestro aviso de prácticas de privacidad antes de decidir si firmar el consentimiento. Nuestro aviso proporciona una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pago y operaciones de cuidado de la salud, de los usos y divulgaciones que podemos hacer de su información protegida de salud y de otros asuntos importantes acerca de su información protegida de salud. Le recomendamos que lea cuidadosamente antes de firmar este consentimiento. A su petición, estaremos encantados de proporcionarle su propia copia personal de nuestras prácticas de privacidad.

AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION

Yo, _____, autorizar a la persona siguiente para tener acceso a la información cubierta por la práctica de privacidad con respecto a mi cuenta.

Nombre

Relacion

Nombre

Relacion

SIGNATURE

Firma del paciente, padre, tutor o Representante Personal

Relacion

Fecha