

PÓLIZA FINANCIERA

Para evitar posibles malentendidos con respecto a los pagos por los servicios prestados, ponemos a su disposición con esta declaración de nuestra política financiera. Si usted tiene alguna pregunta o inquietud acerca de nuestras políticas de pago, por favor no dude en preguntar a nuestro personal de la oficina.

1. Para su comodidad, nuestra oficina acepta dinero en efectivo, cheques personales, Care Credit, Compassionate Finance, y todas las tarjetas de crédito para los servicios.
2. En el caso de que usted no tiene seguro dental, le pedimos que el pago se efectúe en su totalidad cuando los servicios de tiempo son prestados.
3. La mayoría de los planes dentales no cubren el 100% del coste de su tratamiento. Debido a esto, es posible que tenga que pagar el copago al tiempo del servicio.
4. Por favor entienda que aceptamos la asignación de los beneficios de su seguro como una cortesía a usted, incluso si no estamos en la red.
5. Vamos a estimar lo más cerca posible de su cobertura, pero hasta que recibimos el pago de su compañía, es sólo una estimación. Si no recibimos el pago de su compañía dentro de 60 días, la totalidad del saldo se convierte en su responsabilidad. Si hay alguna diferencia en el pago del seguro de esperar por cualquier razón, usted es responsable por cualquier y todos los gastos incurridos en nuestra oficina.
6. Los saldos de más de 90 días estarán sujetos a los procedimientos de colecciones. Si se hace necesario llevar a cabo las colecciones de cualquier cantidad en esta o en posteriores visitas, el que suscribe se compromete a pagar todos los costes de un gasto, incluidos los honorarios razonables de abogados
7. Los cheques devueltos estarán sujetos a los derechos de cobro adicionales evaluados por el banco.
8. De vez en cuando, la cobertura del seguro se les otorgará a los servicios ya realizados. Nosotros, como una oficina archivar las autorizaciones previas y las reclamaciones de seguros para estas empresas y reembolsar los fondos al autor del pago por el servicio después de las reclamaciones de seguros se han pagado y completado (típicamente 30-90 días)

HIPAA

Afirmó que toda la información me he dado Gentle Family Dentists es la más correcta de mi conocimiento. Se llevará a cabo en la más estricta confidencialidad y es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en mi estado de salud, la cobertura del seguro, e información personal.

Usted tiene el derecho de leer nuestro *Aviso de prácticas de privacidad* antes de decidir si firmar este consentimiento. Nuestro aviso proporciona una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica de los usos y divulgaciones que puedan hacer de su información de salud protegida, y de otros asuntos importantes acerca de su información médica protegida. Animamos a que lo lea atentamente antes de firmar este consentimiento.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad como se describe en nuestro Aviso de prácticas de privacidad. Si cambiamos nuestras prácticas de privacidad, se emitirá un aviso revisado de las prácticas de privacidad, que contendrá los cambios.

Usted tiene el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito de su revocación presentado a Nathan Yoder, 1205 N . Columbus St., West Liberty, IA 52776. Si se ha revocado, podemos declinar el tratamiento o negarse a continuar el tratamiento si usted revoca este consentimiento.

Gracias por confiar en nuestra oficina con su cuidado dental.

SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD

Yo, siendo el padre, tutor u otra persona con derecho a la custodia legal de un niño menor de edad, por la presente autorizar y dar su consentimiento para cualquier radiografía, examen, anestesia o tratamiento dental se represente a dicho menor de edad bajo la supervisión directa de el Dr. Moreno como el dentista estime necesario. Esta autorización permanecerá en efecto hasta que el niño tiene 18 años y puede ser actualizada en cualquier visita de rutina.

RECONOCIMIENTO DE AVISO DE PÓLIZA FISCAL Y PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Mi firma certifica que he leído y entendido la política financiera anterior. Estoy de acuerdo en cumplir con él, y voy a pagar por los servicios prestados.

Nombre del Paciente _____

Firma (paciente / tutor)

Fecha

Gentle Family Dentists

Dr. Carol Moreno DDS MAGD Dr. Roberto Moreno DDS FAGD

2202 Houser Street, Muscatine IA 52761

563-288-2612

1205 N. Columbus Street, West Liberty IA 52776

319-627-2612