

POLÍTICAS FINANCIERAS DE LAS CITAS

Como se indica en la declaración de nuestra misión, estamos comprometidos a proporcionar el mejor cuidado para su hijo. Parte del proceso de proporcionar esta atención implica una relación financiera entre usted, el padre (s) y / o tutor (es) de su hijo, y nosotros, los proveedores de cuidados de salud dental. En un esfuerzo para que su visita sea lo más cómoda posible, hemos proporcionado una descripción de nuestra política financiera. Por favor tome el tiempo para revisar nuestra política financiera de abajo y desarrolle una comprensión de su obligación financiera para el cuidado de salud dental de su hijo. Si tiene alguna pregunta, por favor dirija sus preguntas a miembros de la oficina principal.

Como condición de la visita de su hijo a nuestra oficina, todos los cargos deben ser pagados en el momento que se proporcionan los servicios. El pago puede ser hecho en forma de dinero en efectivo, cheque, MasterCard, Visa, American Express o Discover. También aceptamos CareCredit (tarjeta de crédito médica, dental).

Para nuestros pacientes con seguro dental, estaremos complacidos de mandar una reclamación por ustedes si hemos recibido toda su información de seguro en el día de la cita. En su primera visita a nuestra oficina, por favor traiga su tarjeta de seguro u otra información del seguro. Debe estar familiarizado con los beneficios de su seguro, ya que cualquier cantidad no cubierta por su compañía de seguros se paga cuando los servicios se prestan y estas tarifas pueden incluir deducibles, copagos o procedimientos no cubiertos por su póliza de seguro.

A medida que su plan de seguro dental es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros, algunas compañías no reembolsarán a nuestra oficina. En este caso, usted será responsable por el costo total de cada visita en el momento de los servicios y su compañía de seguros le enviará el cheque de reembolso directamente.

Por favor entienda que archivamos el seguro dental como cortesía a nuestros pacientes. No tenemos un contrato con su compañía de seguros, solamente ustedes. No somos responsables de cómo su compañía de seguros maneja sus reclamos de beneficios y lo que pagan por una reclamación. Sólo le podemos ayudar en una estimación de su porción del costo del tratamiento. Nosotros garantizamos que es, en ningún momento, lo que su seguro va o no va a hacer con cada reclamación. Su empleador eligió su póliza en particular y si no está satisfecho con su cobertura, usted debe hablar con su departamento de Recursos Humanos. Sólo su empleador puede ajustar los beneficios.

Su compañía de seguro dental es requerido por el Comisionado de Seguros de Colorado para procesar, pagar o rechazar todas las reclamaciones de seguros dentro de los treinta (30) días. Presentamos todos los seguros por vía electrónica, por lo que su compañía de seguros recibirá cada reclamo dentro de los días de la cita. Usted es responsable de cualquier saldo de su cuenta después de 30 días, si el seguro ha pagado o no. Si usted no ha pagado su saldo dentro de los 45 días se añadirá un cargo financiero de \$ 5 a su cuenta.

Cualquier balance de cuenta que exceda de (60) días de edad, puede ser remitida a una agencia de cobro y / o abogado. Todos los gastos incurridos en la recolección de las tasas impagadas serán cargados a su cuenta. Estas tarifas a menudo superan el 50% del saldo pendiente debido.

Haremos nuestro mejor esfuerzo para maximizar los beneficios de seguro que usted es elegible para recibir. Antes de completar cualquier plan de tratamiento grande, mandaremos una predeterminación a su seguro con el fin de determinar cuál será su porción de bolsillo, ya que esta cantidad es debida el día del tratamiento.

El padre o tutor que acompaña a su hijo a nuestra oficina es responsable del pago.

Recomendaciones de tratamiento del Dr. Van Tassell se basan en lo que él cree que es en el mejor interés de su hijo en lugar de en lo que cubre su seguro.

Una cuota de \$ 35,00 se evaluara para cualquier "cheque devuelto."

Se requiere un mínimo de 24 horas de aviso para cambiar su cita. Un cargo de \$ 50 puede ser evaluado en su cuenta para cualquier cita perdida y sin aviso adecuado. No permitimos cancelaciones o cambios repetidos con poco tiempo de aviso.

He leído la política financiera y entiendo mis opciones y obligaciones financieras como se ha descrito.

Firma de Padres o Persona Responsable

Fecha

RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD

* Usted puede negarse a firmar este Reconocimiento *

Yo, _____, he recibido una copia de
aviso de prácticas de privacidad de la oficina

Imprima su nombre

Signature Firma

Fecha

Sólo para uso de oficina

Se intentó obtener confirmación escrito del recibo de nuestro Aviso de prácticas de privacidad,
pero no se pudo obtener porque:

- El individuo declinó firmar
- Barreras en la comunicación prohibieron obtener confirmación
- Una situación de emergencia nos impidió obtener confirmación
- Otra razón (explíquelo)

