

Green Valley Dentistry

Como profesionales de la salud debemos destacar que nuestra relación es con usted y con NO con las Compañías de seguros. Nuestro papel es el de ayudarle con la presentación de sus reclamos. Mientras que nosotros hacemos nuestro mejor esfuerzo para trabajar dentro de su límite de seguro y / o informarle de los servicios no cubiertos por su plan de seguro; nuestra principal preocupación es la de recomendar un tratamiento basado en sus necesidades dentales individuales. Nosotros no basamos las recomendaciones y / o tratamientos en sólo lo que su seguro cubrirá.

1. Si usted tiene planes de seguros privados, nosotros vamos a aceptar la asignación de los beneficios del seguro. Sin embargo, su copago (parte del costo), el deducible y los gastos no cubiertos por su seguro es su responsabilidad.
2. Su póliza de seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros. Informarle a usted sobre sus beneficios y la presentación de sus reclamos es una cortesía de rutina que extendemos a nuestros pacientes. **Conocer sus beneficios del seguro y las limitaciones y/o restricciones es su responsabilidad.** Nosotros nos esforzamos para ofrecerle **estimaciones** precisas de su parte del costo en base a la información proporcionada por su compañía de seguros. Sin embargo, la aceptación de un seguro no absuelve a los pacientes de toda la responsabilidad de los cargos por el tratamiento dado. El pago del seguro aproximado debe ser una guía hasta que se reciba el pago final del seguro y la cuenta haya sido reconciliada. Esta oficina no puede garantizar el pago del seguro según lo estimado.
3. Un cargo financiero de 1.5% por mes se aplicará a cualquier saldo de más de 90 días.
4. Nosotros entendemos que nuestra vida es agitada, y con eso, nosotros pasamos por alto nuestras citas. Si es necesario cancelar o reprogramar una cita, favor de hacerlo con por lo menos 24 horas antes de la hora de la cita programada. Las citas pérdidas o canceladas sin aviso de 24 horas se les cobrará una cuota mínima de \$40 por hora. Su cuota debe ser pagada antes de su próxima cita programada.
5. Para su comodidad, aceptamos efectivo, cheques personales, Visa, MasterCard y Discover.

Yo he leído y estoy de acuerdo con estos puntos

Nombre del Paciente (escribir en letra de molde) _____
(Paciente, Padre, Tutor o Representante Personal)

Firma _____ Fecha _____
(Paciente, Padre, Tutor o Representante Personal)

Acuse de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

** Usted puede rehusarse a firmar este reconocimiento de Privacidad*

Yo, _____, he recibido una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad de esta oficina.

Por favor Escriba su Nombre _____

Firma _____

Fecha _____

Para Uso de la Oficina Solamente

Nosotros intentamos obtener la confirmación por escrito de la recepción de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, pero no se pudo obtener debido a que:

- El individuo se negó a firmar
- Las barreras de comunicaciones prohibieron la obtención del reconocimiento
- Una emergencia nos impidió obtener el reconocimiento
- Otro *Por favor especifique*