



7200 E Virginia Street

Evansville, IN 47715

812-479-8609

Filosofía de la Oficina

Nuestra práctica de odontopediatría es una práctica de la especialidad. Nuestra misión es brindar una excelente atención dental pediátrica. Estamos expresamente dedicada a la protección de la salud dental de los niños. Nuestros servicios en odontología de los niños incluyen controlar el crecimiento y el desarrollo, las técnicas preventivas, procedimientos restaurativos, y control de la conducta. Tratamos niños sanos, así como de los niños y adultos con necesidades especiales. El medio ambiente de nuestra oficina debe ser divertido y agradable donde nuestros pacientes saben que somos felices, satisfactorio y gratificante en el trabajo que nos ofrecen. Lo más importante es que amen a los niños, y creemos que es nuestra responsabilidad fomentar una positiva experiencia dental para todos los niños. Los padres de nuestros pacientes confían en nuestra oficina y no hay que hacer nada para disminuir la confianza implícita de que los padres tienen en nuestra oficina.

Política cita cancelada

por respeto a nuestro tiempo profesional, le pedimos que nos notifique en caso de cancelación o necesidad de reprogramar una cita con una antelación de 48 HORAS. Hay muchos niños que necesitan tratamiento dental realizado y estaría dispuesta a tomar su hora de la cita. Cuando no damos nuestra oficina 48 horas de antelación, la hora de la cita se pierde en tanto el médico y los pacientes que desean tratamiento dental.

Los nombramientos de los nuevos pacientes que no muestran a la hora prevista o no se puso en contacto con nuestra oficina 48 horas de antelación no será reprogramado. Establecidos los pacientes de nuestra oficina que cancelar o reprogramar las citas con menos de 48 horas de antelación se reprogramará una vez. Pacientes que perder o cancelar citas dos veces sin una 48 horas de antelación no será visto otra vez. Nuestra política se aplica después del primer fracaso, excepto en el caso de una emergencia o enfermedad.

Política Financiera

como condición de su tratamiento por esta oficina, los arreglos financieros deben hacerse con anticipación. La práctica depende de reembolso de los pacientes por los gastos en que hayan incurrido en sus cuidados. La responsabilidad de cada paciente debe determinarse antes del tratamiento.

Todos los servicios de emergencia servicios dentales y los servicios dentales sin arreglos financieros deberán ser pagadas en efectivo en el momento se prestan sus servicios.

Pacientes con seguro dental dental entender que todos los servicios se imputan directamente al paciente y que él o ella es personalmente responsable del pago de los servicios dentales. Esta oficina ayudará a preparar formularios del seguro del paciente y ayudar a hacer las colecciones de las compañías de seguros, y de las colecciones de los seguros a la cuenta del paciente. Este

consultorio dental no puede prestar servicios en el supuesto de que los cargos resultantes serán cubiertas por el seguro.

Un cargo por servicio de 1.5 % mensual (18% anual) en el saldo pendiente se cobrará sobre todas las cuentas con un saldo que exceda sesenta (60) días a partir de la fecha del servicio, a menos que ya se haya escrito que los acuerdos financieros están acordados. Estoy de acuerdo en pagar todos los gastos incurridos por la percepción de que pago de mi cuenta. Estoy de acuerdo además con el pago de todos los honorarios del abogado y los costos correspondientes a la colección de la cuenta.

Tengo entendido que el canon de las estimaciones para la atención dental sólo puede ser prorrogado por un período de tres meses a partir de la fecha de consulta.

En consideración por los servicios profesionales prestados a mí por esta práctica, estoy de acuerdo en pagar los costos de los servicios en el momento del tratamiento, o en el plazo de cinco (5) días de facturación si se otorga el crédito. Estoy de acuerdo además que el cobro de servicios serán los que facturó a menos que se opuso a que, por mí, por escrito, dentro del plazo pendiente de pago. Estoy de acuerdo además que una renuncia de cualquier incumplimiento de cualquier tiempo o condición a continuación no constituirá una renuncia a cualquier otro término o condición y estoy de acuerdo además de pagar todos los gastos y honorarios razonables de los abogados si se adaptan a continuación.

Reconozco mi permiso a usted o a su cesionario, para contactar por teléfono para tratar asuntos relacionados con este formulario.

Seguro Dental Autorización & liberación de información,

por favor, recuerde que usted es responsable del pago de todos los honorarios en esta oficina. Su seguro dental plan está diseñado para compartir el costo de su tratamiento dental. Es posible que no cubra el costo total del tratamiento. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. La compañía de seguros no tiene obligación alguna de nuestras oficinas.

Por la presente autorizo el pago se realizará directamente a Evansville Odontología Pediátrica, PC del grupo beneficiario de seguros pagaderas a mí. Yo entiendo que soy responsable de todos los gastos de tratamiento dental. ME conceda el derecho a la oficina para liberar mi dental/historias clínicas y otras informaciones sobre mi tratamiento dental a terceros pagadores y/o otros profesionales de la salud.

Entiendo que es mi responsabilidad de proporcionar Evansville Odontología Pediátrica con mi actual PC información sobre el seguro de reclamo.

Firma

Relación

Fecha