

Braces Braces Braces

Política Financiera

Gracias por escogernos como sus proveedores de salud dental. Es muy importante para nosotros el establecer el tipo de relación con usted, que nos permitirá proveerle los mejores cuidados en el ambiente más placentero posible.

Para que podamos establecer el financiamiento de su tratamiento, ofrecemos opciones de pago flexibles. Aceptamos efectivo, cheques, todas las tarjetas principales de crédito, así como planes de pago a largo plazo cuando se haya calificado. Para pacientes menores de edad, sin el acompañamiento de un mayor, solicitamos que los arreglos financieros se hagan previo a la cita.

Seguro Dental

Nosotros aceptamos cordialmente la asignación de beneficios de su seguro dental. Como una cortesía, nosotros podemos enviar sus reclamos dentales y ayudarle a maximizar los beneficios de su póliza. Nosotros haremos un estimado sus beneficios dentales, y de su parte del costo, el cual es pagadero el día del tratamiento. Como esto es solamente un estimado, usted podría deber un saldo, o recibir un reembolso por sobrepago, después que hayamos recibido el pago de su seguro dental. Es importante indicar que el saldo de su cuenta es su responsabilidad, independientemente de la cobertura de su seguro dental.

Citas falladas

Por favor ayúdenos a servirle en la mejor manera posible a usted, y a todos nuestros pacientes, asistiendo a sus citas establecidas. Si por alguna razón usted necesita cambiar la fecha de alguna cita, por favor avísenos con 24 horas de anticipación.

Resumen del Aviso de Prácticas de Privacidad

Nuestras prácticas cumplen con la actualización de la ley aprobada en el 2013

Braces Braces Braces mantiene información de todos los pacientes. Se nos requiere por ley mantener privada su información de salud, legalmente protegida, y de proveerle un aviso de nuestra responsabilidad legal y prácticas de privacidad en relación con su información, cuando usted lo requiera. Usted también puede encontrar el Aviso en nuestra página de Internet. Ese aviso es una explicación detallada de cómo podríamos usar su información de salud, legalmente protegida, y de sus derechos para inspeccionar y corregir su información. Se nos requiere por ley, y por nuestro propio código ético, mantener su información privada, y de seguir las prácticas indicadas en este aviso. Nuestras prácticas de privacidad cumplen con la actualización de la ley aprobada en el 2013

* Usted puede rehusarse a firmar este aviso *

He tenido toda la oportunidad necesaria de leer y considerar el contenido de las prácticas de privacidad de esta oficina. Entiendo que estoy dando my permiso para usar y divulgar mi información de salud, legalmente protegida, para usarla en mi tratamiento, cobros, y operaciones para el cuidado de mi salud. También entiendo que yo puedo revocar o modificar este permiso.

Nombre: _____ Firma _____ Fecha _____

Para uso de la oficina solamente

Nos esforzamos por obtener en forma escrita el acuse de recibo de nuestro Aviso de Practicas de Privacidad, pero el acuse de recibo no se pudo obtener por la siguiente razón:

- El individuo se rehusó a firmar
- Hubieron barreras de comunicación que hicieron imposible obtenerlo
- Una situación de emergencia nos imposibilitó obtenerlo.
- Otro (Especifique)

Se permite la reproducción de este material por los dentistas y sus empleados. Cualquier otro uso, duplicación o distribución por cualquier otra parte requiere aprobación previa por escrito de la Asociación Dental Americana.

© 2010, 2013 Asociación Dental Americana. Todos los derechos reservados.