

Políticas de la Oficina

- Se solicita a la persona que acompañe al niño no abandonar el local hasta terminar la cita, en caso de que surjan preguntas sobre la cita de su hijo.
- Dr. Boling, como muestra de cortesía, aceptará y archivara a su seguro por usted. Sin embargo, sólo estamos como proveedores participantes con Assurant, Aetna, Cigna PPO, Delta Dental Premier, Medicaid, United Concordia (Concordia y Parnet Advantage). ESTO SIGNIFICA QUE USTED ES RESPONSABLE DE LA DIFERENCIA ENTRE NUESTRAS CUOTAS Y LA CUOTA ADMISIBLE DE SU SEGURO.
- Estoy consciente de que algunos de los procedimientos están sujetos a un deducible. Si el deducible no se ha cumplido entonces lo haré pagar este tiempo que los servicios se prestan.
- Si usted tiene un seguro secundario, no significa necesariamente que este seguro combinado cubrirá nuestros servicios al 100%. Le corresponde a usted, el asegurado, saber cómo los dos planes dentales coordinarán los beneficios. Dr. Boling archivara su seguro dental primario por usted como una cortesía. Usted será responsable de la archivar cualquier seguro adicional.
- Yo estoy de acuerdo para asignar todos los pagos de seguros a Dr. Boling. Estoy consciente de que mi compañía de seguros puede no cubrir todos los honorarios profesionales. Por el presente me comprometo a pagar, dentro de 30 días, el saldo pendiente tras el pago por la compañía de seguros.
- Estoy de acuerdo en que si el seguro no paga a Dr. Boling dentro de los 30 días del tratamiento prestado todos los gastos se deben y necesitaran se pagados en el momento.
- En el caso de que la compañía de seguros me pague a mí, el paciente, en lugar de Dr. Boling, estoy de acuerdo en remitir el pago a Dr. Boling.
- En el caso de que un cheque sea devuelto por una institución financiera, un cargo por devolución de cheque de \$30.00 será aplicado.
- En caso de incumplimiento, me comprometo a pagar los intereses legales sobre el endeudamiento, junto con los costos de colección de estos como puede ser requerido para efectuar la colección de dicha nota. Esto significa que no sólo puedo ser responsable de mi total del saldo de la cuenta, sino también por un monto adicional de hasta un 50% de esa cantidad, que es la cuota de la agencia de colecciones.
- Acepto dar a la oficina dental un aviso mínimo de cinco días de anticipación de cualquier cambio en mi seguro dental.

La cita programada está reservada específicamente para su hijo(a), cualquier cambio en esta cita afectará a muchos otros pacientes. Si la notificación de 48 horas no se da, nos reservamos el derecho a cobrar una tarifa de \$ 75.00 por cita fallada a su cuenta.

Nos esforzamos para ver todos los pacientes a tiempo para su cita programada. Hay momentos en que nuestro calendario se retrasa con el fin de acomodar a un paciente herido ó por una emergencia. Por favor, acepte nuestras disculpas de antemano si esto ocurre durante su cita. Vamos a hacer exactamente lo mismo si su hijo está en la necesidad de un tratamiento de emergencia.

Por favor haga planes para llegar al menos 5 minutos antes de su cita. Esto le dará tiempo para completar cualquier papeleo adicional y ver a su hijo a tiempo.

Si llega tarde a su cita, es posible que se le pida que re programe la próxima cita o día disponible.

Citas rotas o perdidas afectan a muchas personas. Si dos (2) citas rotas/perdidas se producen o hay dos (2) cancelaciones sin previo aviso de 48 horas, nuestra oficina se reserva el derecho de no programar todas las citas siguientes.

Si en cualquier momento tiene preguntas, no dude en preguntar a nuestro personal. Estamos aquí para ayudarle de cualquier manera que podamos. Le agradecemos por confiar la salud dental de su hijo a nosotros.

Paciente / Firma del padre: _____ Fecha: _____