

## POLÍTICAS DE OFICINA

**SI VA A ASIGNAR DENTALES / BENEFICIOS DEL SEGURO MÉDICO:** Vamos a presentar reclamaciones por usted. Por favor, presente su tarjeta(s) de seguro durante su visita. Es posible que reciba una declaración antes de que hayamos recibido una respuesta de su compañía(s) de seguros. Favor de permitir tiempo suficiente para que puedan procesar su reclamación. Vamos a pedirle que pague su porción estimada, en su caso, de su estado de cuenta. Arbitraria "Por encima normales y razonables" cantidades, según lo determinado por su compañía(s) de seguro, son su responsabilidad. Es su responsabilidad ponerse en contacto con su compañía de seguro(s) con preguntas.

**COPAGOS** que son requeridos por su póliza de seguro deben ser pagados en el momento de su cita. Esto es parte de su contrato con su compañía (s) de seguros. Aceptamos efectivo, cheque, Visa, MasterCard, Discover, American Express, y CareCredit. SI USTED NO PUEDE HACER SU COPAGO REQUERIDO, SU CITA SERÁ REPROGRAMADA.

**REFERENCIAS** que son requeridos por su póliza de seguro debe estar en nuestra oficina antes de que podamos verlo. Es su responsabilidad de verificar que las referencias de su proveedor médico de atención primaria / Seguro requerido son en nuestra oficina antes de su cita. SI NO TENEMOS UNA REFERENCIA, EL DOCTOR NO PUEDE VERLO A USTED Y SU CITA SERÁ REPROGRAMADA.

**MENORES DE EDAD** deben estar acompañados por un padre o tutor legal. Si los padres están separados y ambos padres son legalmente responsables por el tratamiento de su hijo menor de edad, el padre o tutor que acompaña al menor a la oficina del médico serán responsables del pago de los servicios en caso de cualquier disputa sobre el pago. COVE CHOICE DENTAL NO ENTRAR UNA DISPUTA ENTRE PADRES SEPARADOS O DIVORCIADOS.

**MENORES DE EDAD** no puede acompañar al adulto en la sala de tratamiento, mientras que el adulto está teniendo el tratamiento dental no pueden ser desatendidos los menores en la zona de recepción. Cove Choice Dental está preocupado por la seguridad y el bienestar de los hijos menores de edad mientras usted esta en nuestras oficinas. Le agradecemos su cooperación.

**PROPORCIONAR INFORMACIÓN COMPLETA:** Les pedimos periódicamente si cualquiera de su información ha cambiado. Sobre una base anual, le pediremos que revise y actualice a su formulario de inscripción. Por favor, dar tanta información como sea posible. El exceso de información es mejor que demasiado poco ya que esta información se utiliza para ayudarnos a trabajar con sus compañías de seguros para obtener sus beneficios dentales. COVE CHOICE DENTAL NO SE HACE RESPONSABLE DE LOS ERRORES PORQUE FALTA INFORMACIÓN O INCOMPLETA.

**CITAS PERDIDAS:** Nosotros, como cortesía a nuestros pacientes, tratamos de confirmar los nombramientos. A veces no podemos garantizar una llamada de confirmación, por lo tanto, vamos a considerar su cita confirmada. Si usted no puede asistir a su cita, le pedimos que llame con 24 horas de anticipación para que podamos programar otro paciente. Apreciamos su consideración.

Firma del Paciente / Padre / Tutor:

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

Nombre Impreso: \_\_\_\_\_

***Bienvenidos y gracias por dejarnos preocuparnos por tu sonrisa!***



***Cuando la calidad y la materia de confort, la ELECCIÓN es simple.***