



A to Z Pediatric Dentistry Política Financiera

Gracias por escoger a **A to Z Pediatric Dentistry** para su tratamiento dental. Nos hemos comitado al proveer el mejor tratamiento para nuestros pacientes.

Sepa que adentro de nuestra oficina, hemos fijado una política del pagamiento del tratamiento dental que incluye su conocimiento que todas las cobras que nos debe usted son la responsabilidad de la persona que trae al niño a la oficina, y se debe pagar al mismo tiempo que se hace el tratamiento.

Queremos que entienda usted que el pagamiento de su cuenta es parte del tratamiento. El plan de su seguro dental es un contrato entre usted y la compañía del seguro. No somos nosotros una parte de ese contrato. Como conveniencia para usted, nosotros podemos meter su cuenta a la compañía del seguro dental sin cobrarle a usted. Pero, esta conveniencia no quita la responsabilidad que tiene usted para pagar co-pays, deductibles, y la parte del cuento que no se cobre por el seguro. **Requerimos que se paga todo el cuento que debe el paciente el mismo día en que se cumple el tratamiento.** En el caso de que el seguro no paga para el tratamiento, le mandaremos un cuento que se requiere pagar adentro de 30 días.

Si se cambia o se termina su seguro, usted tiene la responsabilidad de darnos la información correcta. Si su seguro no paga la cuenta adentro de 45 días, la responsabilidad de pagar se vuelve a usted y la cuenta se tiene que pagar inmediatamente. **Las cuentas que tienen mas de 30 días sin pagarse tendrán un precio de servicio de 3% cada mes.** Si usted no paga la cuenta, todas las cobras legales o de colecciones que vienen seran la responsabilidad de usted.

Todos los cheques que se devuelven por no tener suficiente fondos tendrán una carga de \$45 mas cualquier pagos que requiere el banco.

HIPAA – Aviso de Prácticas Privadas

La Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA) Aviso Sobre la Vida Privada es un programa federal que requiere que todo registro dental/médico y otra información que identifica al paciente que utilizamos nosotros en cualquier forma – sea electrónico, en papel, u oral, se mantienen privados y en confianza. Uno de los objetivos principales de HIPAA es la prevención del fraude del cuidado médico.

Yo he leído y reconozco el aviso de HIPAA para mi niño/niños:

Nombre del Niño y Apellido

Nombre del Niño y Apellido

Nombre del Niño y Apellido

Yo doy consentimiento y autorización del aviso de HIPAA a la oficina del Dr. Joel R. Clark, D.D.S. y personal. Tambien reconozco que he leído y entendido la política financiera de esta oficina:

Firma del Padre/Guardian

Fecha