



Pleasure In Dentistry
& Orthodontics

PÓLIZAS DE LA OFICINA

SEGURO COMERCIAL

Como cortesía para nuestros pacientes, nosotros, con mucho gusto, entregamos su demanda de seguro para ayudarle a obtener lo mejor de sus beneficios de su seguro.

- El seguro dental es basado en la prima pagada por usted y/o su empleador.
- El seguro dental ayuda a pagar el costo del cuidado dental.
- Pólizas del seguro dental podrían no cubrir servicios realizados. Es su responsabilidad de contactar su compañía de seguro para detalles completos sobre su cobertura.
- Los pacientes son responsables en pagar todo los cargos que el seguro no cubra. Además, usted también será responsable por su copago.
- Su porción estimado no cubierto por su seguro se debe en el día de su servicios dentales.
- Estimados dado en nuestra oficina no son garantizados.

SEGURO DE MEDICAID

Como una cortesía para nuestros pacientes, nosotros, con mucho gusto, vamos a entregar su demanda de seguro para ayudarle obtener lo mejor de sus beneficios de su seguro.

- Todo los servicios proveidos podrían no ser cubiertos bajo Medicaid.
- Si su plan no cubre los servicios, es su responsabilidad pagarlos. Usted tiene que firmar un documento de no divulgación.

SEGURO SECUNDARIO

- Nosotros no aceptamos seguro secundario comercial. Sin embargo, le proveeremos con el papeleo para que usted pueda ponerlo en un archivo.
- Nosotros solo vamos a entregar Medicaid.

OPCIONES DE PAGO

Nosotros sabemos que cada persona tiene una situación financiera diferente, por eso proveeremos varias formas de hacer pagos. Para su conveniencia, aceptamos:

- Efectivo
- Cheques Personales
- Tarjetas de Crédito como: Visa, Master Card, Amex, Discover
- Financiamiento bajo un Tercer Socio: Care Credit

RAZÓN PARA RECIBIR UNA DECLARACIÓN

Usted va a recibir una declaración basada en los siguientes criterios:

- La diferencia entre lo estimado del tratamiento y pago actual del seguro.
- Cualquier cargo dado a su compañía de seguro que no es pagado durante 30 días del tratamiento dental van a hacer facturados a usted.
- Si ningún pago es recibido, pasos adicionales serán tomados para pagar la deuda.

PÓLIZA DE LA CITA ROTA

- Por favor considere su cita programada con cuidado ya que nosotros reservamos este tiempo especialmente para su cuidado dental.
- Si usted tiene que cancelar su cita programada, nosotros requerimos una notificación de cancelación en 24 horas. De lo contrario, a usted se le cobrará \$25.00. Su seguro dental no pagaría este cargo.
- Si usted no presenta a su cita o cancela tres (3) citas, todas las futuras citas se cambiarán como un estado de "sin cita," y se nos puede exigir de informar a su proveedor de seguros.

LLEGADAS TARDES

Es importante llegar a tiempo a su cita. Si usted va a llegar tarde, por favor llame nuestra oficina. Si usted llega mas de 15 minutos tarde, tendremos que reprogramar su cita.

EL COMPORTAMIENTO (MENORES)

El tratamiento para menores incluye el esfuerzo para guiar su comportamiento, ayudándoles a entender el tratamiento usando elogios, explicación, y demostración usando diferentes tonos de voz. Si el menor no coopera durante los procedimientos dentales, el tratamiento dental no se puede hacer con certeza. Pararemos el tratamiento y mandaremos al menor a nuestro departamento de sedación intravenosa.

MIEMBROS DE FAMILIA EN AREA DE TRATAMIENTO

- Área de Higiene.
 - La área es limitada. Por lo tanto, miembros de la familia deberán permanecer en la sala de espera.
 - Si el paciente tiene que tener otro miembro de familia con el o ella durante el tratamiento de higiene, ellos serán puestos en la área del Cuarto Silencioso.
- Área Operatario.
 - El tamaño de esta area es limitada. Por lo tanto, miembros de la familia deberán permanecer en la Sala de Espera.
 - Si un miembro de la familia pide observar el tratamiento, el o ella pueden ver por la ventana de observación.

MENORES (18 & menor)

Un padre o madre o guardián legal debe permanecer en la oficina durante el tratamiento del menor.

CELULARES

Celulares tienen que estar apagados durante el tratamiento. No se permiten en áreas clínicas.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma de Padre o Madre, o Guardián Legal (para pacientes menores de 18): _____ Fecha: _____



CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del Paciente: _____

Dirección: _____

Por favor lea las siguientes declaraciones:

Propósito del consentimiento: Al firmar este documento, usted acepta nuestro uso y divulgación de su información protegida de salud para llevar a cabo tratamientos, actividades de pago y operaciones de cuidado de la salud.

Aviso de las Prácticas de Privacidad: Usted tiene el derecho de leer nuestro *Aviso Conjunto de las Prácticas de Privacidad* antes de decidirse a firmar este consentimiento. Nuestro aviso provee una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pago, operaciones de cuidado de la salud, los usos y divulgaciones que podemos hacer de su información protegida de salud y otros asuntos importantes acerca de su información protegida de salud. Una copia de nuestro aviso acompaña este consentimiento. Le aconsejamos que lea cuidadosamente y completamente antes de firmar este consentimiento. Usted tiene derecho a una copia de este documento si desea recibir uno... solo pregunte.

Nosotros reservamos el derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad como se describe en nuestro aviso de prácticas de privacidad. Si cambiamos nuestras prácticas de privacidad, publicaremos una revisión *Aviso Conjunto de las Prácticas de Privacidad*, que contendrá los cambios. Esos cambios pueden aplicarse a cualquiera de su información de salud protegida que nosotros mantenemos.

Usted puede obtener una copia de nuestro *Aviso de privacidad prácticas conjuntas*, incluyendo cualquiera revisión de nuestro aviso, en cualquier momento solicitando una copia en:

A Smile 4U, LLC
HIPAA
366 N. Main Street, Suite 450
Alpharetta, GA 30009

Derecho a revocar: Tendrá el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento por medio de un aviso escrito de su revocación presentada a la dirección de contacto indicados anteriormente. Por favor comprenda que la revocación del consentimiento no afectará cualquier acción que tomamos en la dependencia de este consentimiento antes de recibir su revocación, y que podemos negarnos a tratar o seguir tratándole si usted revoca este consentimiento.

Firma:

Yo, _____, he tenido plena oportunidad de leer y considerar el contenido de este documento de consentimiento y A Smile 4U, LLC *Aviso Conjunto de Prácticas de Privacidad*. Estoy dando mi consentimiento a A Smile 4U, LLC para el uso y divulgación de mi información protegida de salud para llevar a cabo tratamiento, actividades de pago, operaciones de cuidado de la salud y otros usos descritos en el A Smile 4U, LLC *Aviso Conjunto de las Prácticas de Privacidad* que se me entregó a mí.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Padre/la Madre/Guardián: _____ Fecha: _____