Rio Dental y Ortodoncia reglas de la oficina

Gracias por elegir a nuestra oficina, Rio Dental. En un esfuerzo por servirle mejor, quisiéramos tomar el tiempo para explicarle el proceso de facturación y las reglas de la oficina. Una vez que haya proporcionado a la oficina con su información de seguro dental, llamaremos a su seguro y verificaremos sus beneficios. La información que recibimos de su seguro es sólo una estimado de cobertura y no una garantía. Después de que los veamos en nuestra oficina, será presentado su reclamo a la compañía de seguros directamente. Si la compañía de seguros niega o no cubre la cantidad estimada en su totalidad, usted recibirá una declaración por correo y usted será responsable por el saldo de la cuenta. Gracias de nuevo por elegir a Rio Dental para sus necesidades dentales. Esperamos construir una gran relación con usted.

He leído y entiendo las reglas y el proceso de facturación de Rio Dental.

Nombre impreso del paciente _____ Firma del paciente y fecha _____

Nuestro objetivo es proporcionar atención dental de calidad en tiempo y forma. Para ello hemos implementado una política de cancelación y no-show. La política nos permite utilizar mejor las citas disponibles para nuestros pacientes que necesitan atención dental. Lea cada declaración abajo y ponga sus iníciales.

_____**CANCELACIÓN DE UNA CITA**

Para ser respetuoso de las necesidades de otro paciente, por favor sea Cortés y llame a nuestra oficina inmediatamente si no puede asistir a una cita. Esto le dará una oportunidad a una persona en necesidad urgente de tratamiento. Le pedimos que haga un intento de llamar a nuestra oficina 24 horas por adelantado. Si por alguna razón no podemos contestar por favor deje un mensaje de voz.

_____ **NO SHOW POLÍTICA**

Un "no show" es una cita que no fue cancelada por adelantado. Esto afecta a otros pacientes que necesitan atención dental y resultará en un cargo de $25.00.

Nota: Un “No Show” puede ser reportado a Medicaid. Favor de llamar para cancelar una cita por adelantado.

_____ **LLEGADAS TARDES**

En un esfuerzo al servicio de nuestros pacientes de manera oportuna, le pedimos que este a tiempo para su cita. En el caso de que vaya a llegar tarde, por favor llame a nuestra oficina. Si llega 15 minutos tarde a su cita, se le pedirá volver a programar una nueva cita.

_____ **POLÍTICA DE TELÉFONO/CELULAR**

Como una cortesía a nuestro equipo, solicitamos que usted guarde su teléfono celular mientras el médico o asistente dental está en la habitación con usted.

He leído y entiendo las reglas de la oficina.

Nombre del paciente (impreso) _____ Firma del paciente y fecha _____