

Las Políticas Generales de Oficina

Política Financiera

Nuestro objetivo principal es proporcionar el mejor cuidado dental. Si usted tiene seguro dental, haremos todo lo posible para maximizar los beneficios de su plan proporciona. Si hay un saldo restante o si usted no tiene seguro, que hará que todos los cargos restantes lo más asequible posible. Nuestra oficina utiliza los mejores materiales y la última tecnología, y nuestros honorarios son lo que es normal y habitual para nuestra zona.

Por favor, lea y escriba sus iniciales junto a cada declaración:

____ Soy responsable de todos los cargos en Yonkers Avenue Dental, con independencia de los beneficios de seguro dental. Yonkers Avenue Dental presentar todas las reclamaciones de seguros en mi nombre, seguirá todas las regulaciones y las peticiones de mi compañía de seguros, y deducirá todos los pagos recibidos de mi seguro de mi cuenta, pero todos los cargos restantes son mi responsabilidad y yo les pagará en una de manera oportuna.

____ Se me dará una estimación de los cargos y lo que mi plan de seguro cubrirá, pero esto no es una garantía de que mi compañía de seguros pagará exactamente según lo estimado. Entiendo que mi compañía de seguros impone muchas limitaciones, exclusiones, períodos de espera, límites de frecuencia, las restricciones de edad, etc, que afectan a la cantidad que se pagará en mi nombre. Como resultado de ello, lo que paga el seguro puede ser diferente de lo que fue estimado por la avenida Yonkers dental y yo soy responsable de la balanza.

____ Los planes de seguro suelen tardar 30-60 días para hacer el pago después de que se presentó una reclamación. Si su seguro no ha realizado el pago dentro de los 60 días, le pedimos que llame se espera que su seguro para verificar el pago del seguro. Si el pago no se recibe dentro de los 60 días o su reclamo es negado, usted será responsable del pago de la cantidad correspondiente en ese momento.

____ Todos los deducibles de seguros y los co-pagos son debidos en el momento del tratamiento. Los pacientes no seguros también deben hacer el pago de servicios al momento del tratamiento a menos que un plan de pago u otros arreglos se han hecho tales como la financiación a través de Care Credit.

____ Por la presente autorizo el pago de beneficios dentales directamente a la avenida Yonkers dental que de otro modo habría que pagar a mí.

____ Voy a estar sujetos a una tarifa de \$ 25 por cheques devueltos, y \$ 35 cuota mensual tarde a los saldos de cuenta más de 90 días

Aceptamos el pago a través de dinero en efectivo, cheque, tarjeta de crédito, o el care credit .

Notificación Tardía / No-show Política

Entendemos que se presentan situaciones en las que debe cambiar su cita , pero sí solicitamos que proporcionará al menos 24 horas de antelación de la cancelación. Nuestra práctica cree firmemente que la buena relación médico paciente se basa en la comprensión y la buena comunicación.

____ Voy a ofrecer al menos 24 horas de antelación si tengo que volver a programar una cita. Voy a estar sujeto a un cargo por cancelación de \$ 25 por día de la semana y una tarifa de \$ 50 para las citas los sábados por paciente cuando le doy menos de 24 horas de antelación o simplemente no se muestran. Las excepciones son raras y serán considerados caso por caso. La cuota debe pagarse en la siguiente cita antes se representará el tratamiento futuro.

____ Si yo simplemente no se muestran para las citas dos veces, sin notificación , que podrá ser relevado de la práctica .

He leído y entendido las políticas de notificación financieros y tarde en la avenida Yonkers Dental.

Firmacion _____ Fecha _____