



## Great Lakes Dental Solutions

1418 South Milwaukee Ave, Suite 4, Libertyville, IL – 60048

TEL: (847) 984 2548; FAX: (847) 984 2957

www.greatlakesdental.net

# Office Policies

---

**PATIENT PRIVACY** - Our NOTICE OF PRIVACY PRACTICES details how we may use and disclose your protected health information. You have the right to review and request explanation of the terms prior to signing this form and a copy will be provided to you. Our office will communicate via phone directly with you for appointments or any necessary medical and dental information including x-rays and other test results. If we are unable to reach you directly, your signature gives us consent to communicate via answering machine, voicemail, electronic communication via fax, email or through another person and you agree to absolve GREAT LAKES DENTAL SOLUTIONS and their staff of any liability should that information be received in error by a third party. You have the right to revoke this consent in writing, except where we have already made disclosures in reliance on your previous consent. If there are any changes to the terms of the office policies, we will post updated copies in the clinic and provide you copies on request. You have the right to refuse to consent / sign the privacy information. Cell phone use and video recording is restricted in treatment room.

**FINANCIAL POLICY** - We are happy to file insurance claims for you, but please understand that insurance companies / dental benefit plans rarely reimburse the full amount, usually paying between 50 percent and 80 percent of the cost. Your insurance policy is a contract between you and the insurance company and as a provider, we are not party to that agreement. We can estimate your coverage in good faith but cannot guarantee coverage due to complexities of dental insurance contracts. By law, insurance companies must notify us in writing or pay the claim within 30 (thirty) calendar days. If payment has not been received within 30 (thirty) calendar days, we will notify you within 45 (forty five) calendar days to contact your insurance company. If payment is not received within 60 (sixty) calendar days from your insurance company, then the outstanding balance will be your responsibility and must be paid in full. We reserve the right to report any unpaid dues to a collection agency. Deductible and Estimated portion for dental services are due at the time of service.

In cases of divorced parents, the parent bringing the child will be deemed responsible for payment.

We reserve the right to charge a \$25.0 (twenty five) fee for any returned / bounced checks.

For non paid dues beyond 60 (sixty) calendar days, additional interest at the rate of 1.5% per month or 18% APR will accumulate.

In the event we need to make use of services of an attorney or a collection agency all pertinent information will be sent to that service. Fees incurred to collect payment will be billed to and payable by the patient's account holder.

**CANCELLATION POLICY** - Scheduled appointments are reserved especially for you. In the event you would like to reschedule please call us in a timely manner, 48 hours notice is greatly appreciated. Missed appointments will only delay your care.

**RELEASE OF RECORDS** - A written request and a \$ 20 (twenty) fee is required for transfer/release of records. Please allow for 7 business days to complete your request.

**DENTAL RECORDS** - I give permission to utilize X rays, photographs, models, video, or audio recordings for the purpose of education, postings on website and or other reasons. I may cancel this authorization to the extent allowed by law.

**COMMUNICATION FROM OUR OFFICE** - We will attempt to contact you via your preferred method of contact as mentioned in the patient information form, however in the event we do not hear back from you within 7-10 business days, you give us permission to establish contact via email, text message, voicemail, contact member of the family and US/Certified mail.

**TREATMENT OF MINORS** - I understand that if a minor is being treated for any dental service, parent or legal guardian must stay on premises at all times and also that no other minors will be allowed to accompany them in the operatory during their treatment.

**DISMISSAL POLICY** - Multiple missed appointments, non compliance of recommended treatment, prescription drug abuse, abusive behavior, non – payment of dues and any other serious issue as determined by this office may result in dismissal from the dental practice.

**We reserve the right to charge \$ 50.00 fee for no show / broken appointment.** I have read and understood the above policies. I will contact the office with any specific request for change in terms or designations.

\_\_\_\_\_  
Patient / Legal Guardian signature

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Date



## Great Lakes Dental Solutions

1418 South Milwaukee Ave, Suite 4, Libertyville, IL – 60048

TEL: (847) 984 2548; FAX: (847) 984 2957

www.greatlakesdental.net

# Políticas de la Oficina

**PRIVACIDAD DEL PACIENTE** - Nuestro AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD detalla cómo podemos utilizar: divulgar y proteger su información de salud. Usted tiene el derecho a revisar y solicitar una explicación de los términos antes de firmar este formulario y una copia será proporcionado a usted. Nuestra oficina se comunicará por teléfono directamente con usted para citas o cualquier información médica y dental necesaria, incluyendo radiografías y otros resultados de la prueba. Si no podemos comunicarnos con usted directamente, su firma nos da su consentimiento para comunicarse a través de un contestador automático, correo de voz, la comunicación electrónica a través de fax, correo electrónico o a través de otra persona y usted acepta absolver SOLUCIONES DE LOS GRANDES LAGOS dental y su personal de cualquier responsabilidad debe esa información ser recibido por error por un tercero. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito, salvo cuando ya hemos hecho revelaciones en dependencia de su consentimiento previo. Si hay cualquier cambio en los términos de las políticas de la oficina, publicaremos copias actualizadas en la clínica y proveemos copias cuando sean requeridas. Usted tiene el derecho de negarse a consentir / firmar la privacidad de la información. El uso del móvil y la grabación de vídeo se restringe en la sala de tratamiento.

**POLÍTICA FINANCIERA** - Estamos felices de presentar reclamaciones de seguro para usted, pero por favor entienda que los planes de las compañías de seguros / beneficio dental rara vez reembolsan el importe total, por lo general el pago es de entre 50 por ciento y 80 por ciento del costo. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y la compañía de seguros y como proveedor, no somos parte en ese acuerdo. Podemos estimar la cobertura de buena fe pero no puede garantizar la cobertura debido a la complejidad de los contratos de seguros dentales. Por ley, las compañías de seguros deben notificarnos por escrito o pagar el reclamo dentro de los siguientes 30 (treinta) días. Si el pago no se recibe en los siguientes 30 días. Le notificaremos dentro de los 45 (cuarenta y cinco) días para ponerse en contacto con su compañía de seguros. Si el pago no se recibe en el plazo de 60 (sesenta) días de parte de su compañía de seguros, entonces el saldo pendiente será su responsabilidad y debe ser pagado en su totalidad. Nos reservamos el derecho de reportar el saldo no pagado a las agencias de colección. Porción deducible y estimado por los servicios dentales son debidos en el momento del servicio.

En los casos de padres divorciados, el padre presente con el niño será considerado responsable del pago.

Nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa de \$ 25.00 (Veinticinco) por cualquier cheque devueltos / cheques sin fondos.

Para las cuotas no pagadas de más de 60 (sesenta) días intereses adicionales a la tasa de 1.5% por mes o 18 % TAE se acumulará. En el caso de que tenemos que hacer uso de los servicios de un abogado o una agencia de cobro toda la información pertinente se enviará a ese servicio. Honorarios incurridos para cobrar el pago serán facturados y pagaderos por el titular de la cuenta del paciente.

**POLÍTICA DE CANCELACIÓN** - citas programadas están reservados especialmente para usted. En el caso de que le gustaría volver a programar su cita por favor llámenos tan pronto como sea posible, 48 horas de anticipación es muy apreciada. Citas perdidas sólo retrasarán su cuidado.

**LIBERACIÓN DE REGISTROS** - Se requiere una solicitud por escrito y una cuota de \$ 20 (veinte) para la transferencia / liberación de los registros. Permita por favor al menos 7 días laborales para completar su solicitud.

**DENTALES RECORDS** - Doy permiso para utilizar radiografías, fotografías, maquetas, vídeos o grabaciones de audio para el propósito de la educación, publicar en la página web o de otras razones para el avance del campo de la odontología. Puedo cancelar esta autorización en la medida permitida por la ley. Cualquier información personal o identificador (s) nunca serán compartidas.

**COMUNICACIÓN DE NUESTRA OFICINA** - Haremos lo posible para ponernos en contacto con usted sea a través de su método preferido de contacto como se menciona en el formulario de información del paciente, sin embargo, en el caso de que no recibe una respuesta de usted dentro de 7-10 días laborales, usted nos da permiso para establecer contacto por correo electrónico, mensaje de texto, correo de voz, contactar un familiar y correo de los US/ correo Certificado.

**TRATAMIENTO DE MENORES** - Entiendo que si el menor está siendo tratado por cualquier servicio dental, padre o tutor legal debe permanecer en las instalaciones en todo momento y también de que no se permite otros menores de edad acompañarlos en el Cuarto de operatoria durante su tratamiento.

**POLÍTICA DE SALIDA** - Múltiples citas perdidas, falta de cumplimiento del tratamiento recomendado, el abuso de medicamentos recetados, la conducta abusiva, no - pago de las cuotas y cualquier otro problema serio, determinado por esta oficina dará lugar a la terminación de nuestra práctica dental.

**Nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa de \$ 50.00 por no presentarse / cita interrumpida.** He leído y entendido las políticas anteriores. Me pondré en contacto con la oficina con cualquier solicitud específica de cambio de términos o denominaciones.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente / Tutor legal

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha