



Great Lakes Dental Solutions

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

TEL: (847) 984 2548; TEXT: (224) 548 5567; FAX: (847) 984 2957

www.greatlakesdental.net

Políticas de la Oficina

PRIVACIDAD DEL PACIENTE - Nuestro AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (publicado en nuestro sitio web) detalla cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida. Tiene derecho a revisar y solicitar una explicación de los términos antes de firmar este formulario y se le proporcionará una copia. Nuestra oficina se comunicará por teléfono directamente con usted para concertar citas o cualquier información médica y dental necesaria, incluidas radiografías y otros resultados de pruebas. Si no podemos comunicarnos con usted directamente, su firma nos da su consentimiento para comunicarnos a través de un contestador automático, correo de voz, comunicación electrónica por fax, correo electrónico o a través de otra persona y usted acepta absolver a GREAT LAKES DENTAL SOLUTIONS y a su personal de cualquier responsabilidad en caso de que dicha información ser recibido por error por un tercero. Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, excepto cuando ya hayamos hecho divulgaciones en base a su consentimiento previo. Tiene derecho a negarse a dar su consentimiento / firmar la información de privacidad. El uso del teléfono celular y la grabación de video están restringidos en la sala de tratamiento.

POLÍTICA FINANCIERA - Las compañías de seguros rara vez reembolsan el monto total. Podemos estimar su cobertura de buena fe, pero no podemos garantizar la cobertura debido a la complejidad de los contratos de seguro dental. Si el pago no se recibe dentro de los 60 (sesenta) días calendario de su compañía de seguros, entonces el saldo pendiente será su responsabilidad y deberá pagarlo en su totalidad. **El deducible y la porción estimada de los servicios dentales vencen al momento del servicio.**

En los casos de padres divorciados, el progenitor que traiga al hijo será responsable del pago. Nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa de \$ 25.0 (veinticinco) por cualquier cheque devuelto.

Para las cuotas no pagadas más allá de los 60 (sesenta) días calendario, se acumulará un interés adicional a una tasa de 1.5% por mes o 18% APR.

En caso de que necesitemos hacer uso de los servicios de un abogado o una agencia de cobranza, toda la información pertinente será enviada a ese servicio. Los honorarios incurridos para cobrar el pago serán facturados y pagaderos por el titular de la cuenta del paciente.

POLÍTICA DE CANCELACIÓN - Las citas programadas están reservadas especialmente para usted. En caso de que desee reprogramar, llámenos de manera oportuna, se agradece enormemente un aviso de 48 horas.

LIBERACIÓN DE REGISTROS - Se requiere una solicitud por escrito y una tarifa para la transferencia / liberación de registros. Espere 7 días hábiles para completar su solicitud.

REGISTROS DENTALES - Doy permiso para utilizar rayos X, fotografías, modelos, videos o grabaciones de audio con fines educativos, publicaciones en el sitio web u otros medios. Puedo cancelar esta autorización en la medida que lo permita la ley.

COMUNICACIÓN DESDE NUESTRA OFICINA - Lintentaremos comunicarnos con usted por correo electrónico, mensaje de texto, correo de voz, contacto con un miembro de la familia y USPS o correo certificado.

TRATAMIENTO DE MENORES - Entiendo que si un menor está siendo tratado por algún servicio dental, el padre o tutor legal debe permanecer en las instalaciones en todo momento y también que ningún otro menor podrá acompañarlo en el quirófano durante su tratamiento.

POLÍTICA DE SALIDA - Múltiples citas perdidas, incumplimiento del tratamiento recomendado, abuso de medicamentos recetados, comportamiento abusivo, falta de pago de cuotas y cualquier otro problema serio según lo determine esta oficina puede resultar en el despido de la práctica dental.

Nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa de \$ 50.00 por no presentarse / cita rota. He leído y acepto las políticas anteriores.