



A Smile 4 U Cartersville
509 N Tennessee St Ste 107
Cartersville, GA 30120

Ph : (770) 407-8700
Email: as4u_cv@asmile4u.com

Cora Neese
12 Russle Ridge
Euharlee, GA 30145

A SMILE 4U - OFFICE POLICIES

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 porcion 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 proveídos 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 . Sin embargo, le proveeremos con el papeleo para que usted pueda ponerlo en un archivo .

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.
- No hacemos preautorizaciones en ningún servicio. Por lo tanto el paciente será responsable por pagar por los servicios. El paciente tiene la opción de someter su propio estimado. Sin embargo, le proveeremos con el papeleo para que usted pueda ponerlo en un archivo
- Si en algún momento usted cambia de proveedor/dentista, sea consciente que el plan de tratamiento y cantidades de pago puede variar según el diagnóstico del dentista.

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 \$50.00. 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
- Si la cita del tratamiento es más de \$500, sería obligado un depósito de \$100 o la cita no será confirmada.

LLEGADAS TARDES

Es importante llegar a tiempo a su cita. Si usted va a llegar tarde, por favor llame nuestra oficina. Si usted llega más 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 Operario.
- El tamaño de esta área 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: _____