



TEBO DENTISTRY FOR KIDS
LILBURN

609 BEAVER RUIN ROAD NW SUITE B
LILBURN, GEORGIA 30047
PHONE: 770-925-3300

TEBO FAMILY DENTISTRY
LILBURN

609 BEAVER RUIN ROAD NW SUITE B
LILBURN, GEORGIA 30047
PHONE: 770-925-3300

TEBO DENTISTRY FOR KIDS
GAINESVILLE

3535 THOMPSON BRIDGE ROAD
GAINESVILLE, GEORGIA 30506
PHONE: 770-925-3300

TEBO DENTISTRY FOR KIDS
DACULA

1152 AUBURN ROAD SUITE 101
DACULA, GEORGIA 30019
PHONE: 770-925-3300

Pólizas De Citas Y Pago

La persona que firma este documento acepta pagar todos los cargos relacionados con el tratamiento del paciente en las oficinas de Tebo Dental Group y acepta los términos y condiciones indicadas a continuación. Si dos o mas personas son responsables por los cargos, todos serán individual y colectivamente responsables de los cargos del paciente.

Citas canceladas o no asistidas

Si una cita tiene que ser cancelada, por favor notifíquenos al menos 24 horas o 1 día hábil antes de la cita. Citas programadas los lunes deben ser canceladas antes de la hora de la cita programada el viernes anterior o la cita será considerada una cita rota. Nuestro horario de oficina es de lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm. Aunque nosotros no cobramos un cargo por las citas canceladas o perdidas, nosotros nos mantenemos firmemente a nuestras políticas de citas perdidas en esfuerzo para ofrecer la mejor experiencia posible a nuestros pacientes que llegan a tiempo a sus citas.

Se requiere el pago al momento de servicio

Esperemos el pago por sus servicios el mismo día de su cita a menos que usted haya hecho otros arreglos de pago con nosotros. Si nuestra oficina por cortesía, está reclamando el pago de sus servicios dentales a su seguro dental, por favor lea cuidadosamente el siguiente párrafo, el cual se refiere a los reclamos realizados a los seguros dentales. Ofrecemos financiamiento a través de otras compañías en el caso que el paciente no puede pagar por el tratamiento en su totalidad. Para mas informacion, consulte con uno de nuestros asociados de servicio al cliente.

Reclamo de servicios a su seguro dental

Si por cortesía estamos realizando el reclamo del pago de sus servicios dentales a su seguro dental, usted es responsable del pago de la porción no cubierta por su seguro dental el día de su cita. Hacemos todo lo posible para reclamar a su seguro dental el pago de los servicios, basados en la información que usted nos ha proporcionado y en la información que su seguro dental nos ofrece en el momento en que verificamos su cobertura y beneficios. A pesar de esto, le informamos, que no podemos asegurar con exactitud la cantidad que su seguro dental emitirá por los servicios proporcionados; es por esto que usted es responsable por cualquier diferencia o balance generado en su cuenta, una vez que su seguro dental haya realizado el pago adecuado. No es fuera de lo normal que las compañías de seguros dentales den información equivocada, pero insistimos en su responsabilidad por cualquier cantidad no cubierta por su seguro dental. Si su compañía de seguro no llega a pagar en 30 días desde el día en que su tratamiento fue realizado, el balance es responsabilidad del paciente en su totalidad.

Cheques de vueltos (sin fondos)

Le insistimos el tomar todo tipo de precaución para evitar el darnos algún cheque que no tenga fondos en su cuenta bancaria. Por cada cheque de vuelto, le cargaremos \$30.00 a su balance actual. También le informamos, que si en el pasado usted ha tenido historia con nuestra oficina de cualquier cheque devuelto por su banco, no se le aceptaran más cheques personales.

Cargo de intereses en pagos tardíos

Por favor hágase cargo de su balance a tiempo. Confiamos en su pronto pago y el de su seguro dental. Es por esto que por cualquier balance no cancelado en 30 días, cargamos un interés en tarifa de 1.5% mensualmente. Les recomendamos a nuestros pacientes el entendimiento de sus beneficios dentales y monitorear sus planes dentales para agilizar el pago.

Cargos de colección

Si tenemos que mandar su cuenta a colección a una agencia o abogado, se le cobrara el monto de los cargos por mandarlo. Estos cargos incluyen la comisión de la agencia y si su cuenta ha sido cancelada después del principio de un litigacion de colección, cargos razonables del costo del abogado y de la corte. Para una cuenta que se ha cancelado antes del principio de un litigacion de colección, agregaríamos 43% al monto principal debido para que la oficina recupere el monto original después de cargos cobrados por la agencia de colección del monto colectado.

Consentimiento para la divulgación sobre el tratamiento o cargos

Si tratamos de comunicarnos con usted sobre el tratamiento del paciente o los cargos y alcanzamos en vez alguien que creemos está directamente involucrado en el cuidado del paciente, como su esposa(o), otro miembro de la familia, pariente o amigo personal cercano, usted consiente a nuestra divulgación a esa persona de cualquier información que nuestra oficina halle apropiada concerniente al tratamiento o cargos del paciente. Si el paciente tiene seguro dental, usted consiente a la divulgación de información relacionado al tratamiento o cargos del paciente al asegurado o a la persona primordialmente asegurada bajo la póliza.

Firma de persona responsable por los cargos

Nombre del firmante: _____

Fecha Firmada: _____

Nombre del paciente: _____

Relación del firmante al paciente (si es sí mismo indíquelo): _____

*Si el firmante no es el paciente y no es el representante persona l(padre / madre, guardián o cualquier otra persona autorizada para actuar de parte del paciente en hacer decisiones concerniente a la asistencia médica), entonces si el paciente es un adulto o el representante personal del paciente debe firmar una Póliza de Citas y Pago separada o una Autorización Para Ser Público Información a una Tercera Persona que se halla en nuestra oficina (las Pólizas de Privacidad), para autorizar las divulgación descrita arriba concerniente al tratamiento o cargos.