



NEW LENOX DENTAL GROUP

1600 W Lincoln Highway

New Lenox, IL 60451

(815) 485-2345

Nuestra Poliza de Oficina

En Cuanto a Seguros:

El costo total de los servicios dentales es su responsabilidad. Por favor, comprenda que su poliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No somos parte de ese contrato. Como cortesía, nos pondremos en contacto con su operador y obtener información de verificación, los beneficios y presentar su reclamación electrónicamente cuando sea posible. Sin embargo, si su compañía de seguros decide no pagar, usted será responsable de la realización del pago. Por favor asegúrese de que nos proporcione información actualizada y completa.

Precios Normales y Razonables:

Nuestros cargos de prácticas dentales lo que es uso y costumbre de nuestra área de servicio. Usted es responsable del pago, independientemente de la determinación de la compañía de seguros y sus tarifas.

Pre-aprobación Previa y Estimaciones:

A veces las compañías de seguros dará su aprobación previa para el tratamiento y luego negar el pago cuando se envía un reclamo. Haremos nuestro mejor esfuerzo para defender la demanda en este caso. Sin embargo, si la empresa decide no pagar, la responsabilidad es suya y de los honorarios será su responsabilidad.

Los Saldos Pendientes de Pago:

Todos los saldos si se deja sin pagar después de 90 días será objeto de financiar los gastos, así como gastos de recaudación, honorarios de abogados y costos judiciales incurridos. Los cheques, que se declaran sin fondos suficientes, se le cobrará una cuota de \$ 25.00.

Los Pacientes Que Son Niños:

El adulto que acompaña a un menor es responsable por el pago total de la comisión cobrada. Si el menor está cubierto por el seguro del otro padre que no está presente, la autorización debe ser dada a nosotros por el titular de la póliza.

Citas Perdidas:

Es nuestra póliza de cobrar por citas perdidas, a menos reprogramado al menos 24 horas de anticipación, la cantidad de \$35 por visita. Por favor sea considerado por las citas programadas o llamando por adelantado tan pronto como usted sabe que habrá un conflicto.

Tenga en cuenta que si tiene seguro o no, su porción estimada es debida en el momento del servicio (corona, dentaduras postizas, parciales ect...) La porción de pago estimada del paciente es debida en la fecha de entrega final.

He leído y estoy de acuerdo en los términos y condiciones anteriores:

Firma del paciente, padre o guardian

Fecha: _____