

HIPAA

THỰC HÀNH QUYỀN RIÊNG TƯ CỦA

Thông báo Công khai và Giá cả phải chăng của Nha khoa về Thực hành Quyền riêng tư được đăng trong phòng chờ của văn phòng và trên trang web của chúng tôi. Bản in ra giấy cũng có sẵn cho tất cả bệnh nhân. Theo đạo luật về Quyền riêng tư của HIPAA, tất cả bệnh nhân được yêu cầu xác nhận đã nhận Thông báo về Chính sách Bảo mật. Bằng cách ký vào biểu mẫu này, tôi xác nhận đã nhận được Chính sách của Văn phòng Nha khoa Mở và Giá cả phải chăng và Thông báo về Thực hành Quyền riêng tư. Tôi hiểu rằng Thông báo về Thực hành Quyền riêng tư chứa thông tin về việc sử dụng và tiết lộ bất kỳ thông tin sức khỏe cá nhân nào, và tôi đã có cơ hội để xem lại Thông báo. Tôi hiểu rằng các điều khoản của Thông báo có thể thay đổi và tôi sẽ được thông báo sửa đổi nếu các thay đổi xảy ra. Tôi hiểu rằng tôi có thể yêu cầu hạn chế việc sử dụng và tiết lộ thông tin cho mục đích điều trị, thanh toán hoặc hoạt động chăm sóc răng miệng. Tôi hiểu rằng Nha khoa Mở và Giá cả phải chăng không bắt buộc phải đồng ý với những yêu cầu như vậy, nhưng nếu họ đồng ý, những hạn chế đó sẽ ràng buộc đối với Nha khoa Mở và Giá cả phải chăng.

ĐỒNG Ý

Tôi cho phép các nha sĩ và nhân viên vệ sinh của công ty Open and Affordable khám, chụp X quang, nghiên cứu mô hình, ảnh chụp và / hoặc bất kỳ phương tiện hỗ trợ chẩn đoán nào khác được cho là phù hợp và cần thiết, đồng thời thực hiện điều trị và liệu pháp có thể được chỉ định liên quan đến của tôi (hoặc con tôi) chăm sóc răng miệng. Tôi cũng hiểu rằng việc sử dụng các chất gây mê tiềm ẩn những rủi ro y tế nhất định.

LẬP LỊCH

Tôi cho phép Nha khoa Giá cả phải chăng và Mở để lại thư thoại, gửi email và / hoặc gửi tin nhắn văn bản đến điện thoại / email được cung cấp trên Mẫu Bệnh nhân Mới với mục đích sắp xếp lịch hẹn và nhắc nhở.

Chữ ký của Bệnh nhân / Người giám hộ

Ngày

TÀI CHÍNH THỎA

THUẬN ĐỂ THANH TOÁN ĐIỀU TRỊ

Tôi hiểu rằng tôi chịu trách nhiệm thanh toán tất cả các dịch vụ nha khoa được cung cấp tại văn phòng này (cho dù có hoặc không tham gia bảo hiểm hoặc bên thứ ba) và khoản thanh toán đó đến hạn vào thời điểm dịch vụ được cung cấp. Nếu tôi không thanh toán toàn bộ số dư hoặc nếu bảo hiểm không được thanh toán sau 60 ngày, phí thanh toán hoặc lãi suất sẽ được cộng vào tài khoản của tôi. Phí thanh toán sẽ tích lũy với tỷ lệ 1,5% mỗi tháng, là tỷ lệ phần trăm hàng năm là 18% (hoặc khoản phí tối thiểu là 5 đô la). Trong trường hợp không thanh toán được, tôi đồng ý thanh toán bất kỳ và tất cả các chi phí để thu thập tài khoản này, bao gồm nhưng không giới hạn ở phí luật sư hợp lý và chi phí tòa án. Tôi cũng hiểu chính sách của văn phòng là yêu cầu thông báo trước tối thiểu một ngày làm việc cho tất cả các cuộc hẹn đã bị hủy / lên lịch lại. Nếu điều này là không thể, khoản phí \$ 40,00 mà bảo hiểm không hoàn lại có thể được tính vào tài khoản của tôi.

THỎA THUẬN THANH TOÁN CHO CÁC DỊCH VỤ KHÔNG ĐƯỢC BẢO HIỂM

Tôi hiểu rằng tôi chịu trách nhiệm thanh toán tất cả các dịch vụ nha khoa được cung cấp tại văn phòng này (cho dù có hoặc không tham gia bảo hiểm hoặc bên thứ ba) và khoản thanh toán đó đến hạn vào thời điểm các dịch vụ đó được cung cấp. Tôi có nên chọn nhận (các) thủ tục không được đài thọ hay (các) khoản thanh toán điều trị cho (các) dịch vụ đó / những dịch vụ đó cuối cùng sẽ là trách nhiệm của tôi. Các dịch vụ không được bảo hiểm bao gồm các dịch vụ không được hãng bảo hiểm của tôi chi trả, các dịch vụ được cung cấp vượt quá quyền lợi tối đa hàng năm của tôi hoặc các dịch vụ đã bị từ chối thông qua sự cho phép trước.

BẢO HIỂM

Như một phép lịch sự đối với bệnh nhân của chúng tôi, chúng tôi sẽ chuẩn bị và gửi các biểu mẫu bảo hiểm của bạn để được hoàn trả. Chúng tôi không thể nhận được khoản thanh toán trừ khi bạn cung cấp cho chúng tôi tất cả các thông tin cần thiết theo yêu cầu ở trên. Ngoài ra, vui lòng hiểu rằng bảo hiểm của bạn là hợp đồng giữa bạn / chủ lao động của bạn và công ty bảo hiểm. Theo bất kỳ cách nào, chúng tôi không thể đảm bảo quyền lợi hoặc khoản thanh toán từ nhà cung cấp dịch vụ của bạn, cũng như không thể biết chi tiết cụ thể của từng gói cá nhân. Bạn có trách nhiệm phải biết các điều khoản và giới hạn của chương trình bảo hiểm của mình.

Vui lòng đọc và hiểu rằng bằng cách ký tên, bạn đồng ý với những điều sau:

- Tôi ủy quyền cho bảo hiểm của mình thanh toán trực tiếp cho bác sĩ tất cả các quyền lợi bảo hiểm phải trả cho tôi.
- Tôi cho phép bác sĩ tiết lộ bất kỳ thông tin nào bao gồm, nhưng không giới hạn, hồ sơ điều trị hoặc khám, nhận dạng người, chụp X-quang, bệnh sử, v.v. cho công ty bảo hiểm của tôi theo yêu cầu.
- Bất kỳ ước tính nào được đưa ra liên quan đến phí điều trị chỉ là ước tính sơ bộ dựa trên thông tin hạn chế mà chúng tôi có về chương trình của bạn.

Chữ ký của Bệnh nhân / Người giám hộ

Ngày