

BELLA TERRA DENTAL

POLÍTICA DE OFICINA

Asumo responsabilidad financiera por todos los tratamientos dentales y medicamentos proporcionados. Entiendo que el pago se espera en la fecha en que se brindan los servicios. A pesar de que nuestra oficina con mucho gusto presentará electrónicamente reclamos de seguro dental como cortesía para usted, todos y cada uno de los saldos de las cuentas son en última instancia su responsabilidad. Los planes de seguro pueden variar mucho y algunas compañías eligen arbitrariamente ciertos servicios que no cubrirán. Autorizo a Bella Terra Dental a cobrar el pago de la compañía de seguros. Entiendo que la compañía de seguros puede reembolsar sólo una parte de mi factura y que yo soy el responsable final del pago total. Si la compañía de seguros niega un reclamo por cualquier motivo en cualquier momento, entiendo que soy directamente responsable del pago del monto pendiente. Comuníquese con nosotros si realiza algún cambio en su cobertura dental, de modo que podamos mantener registros precisos y actualizados de su cuenta. Si después de 60 días la compañía de seguros no ha pagado el reclamo, entiendo que soy totalmente responsable del saldo total. Además, se cobrarán \$25 si se utiliza el servicio de recolección. Bella Terra Dental acepta financiamiento de efectivo, Visa, Mastercard y Care Credit solamente.

CANCELACIONES E INASISTENCIAS

Cuando hacemos su cita, estamos reservando una consulta para sus necesidades particulares. Le pedimos que, si tiene que cambiar una cita, necesitamos un aviso con al menos 24 horas de anticipación. Esta cortesía hace posible dar su consulta reservado a otro paciente que lo desea. Las cancelaciones repetidas con un máximo de tres citas perdidas sin previo aviso resultará en la pérdida de los privilegios de citas futuras. Creemos que el tiempo de nuestro paciente es valioso. Cuando se hace su cita, se reserva una consulta, se preparan sus registros y se preparan instrumentos especiales para su visita. Nosotros, por supuesto, agradeceríamos la misma cortesía de usted. Si tiene alguna pregunta o problema que le impida asistir a sus citas, llámenos con anticipación al (209) 224-1801 y con mucho gusto programaremos su cita para un horario más conveniente.

RECONOCIMIENTO HIPAA

Reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA. Entiendo y consiento que la información médica de mi hijo se use dentro de las pautas de La Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA). Entiendo los términos y autorizo a Bella Terra Dental a divulgar mi información dental a los profesionales involucrados en mi atención y a las partes que autorizo a recibir mi información dental.

HOJA DE MATERIALES DENTALES

Copias de la Hoja de datos de materiales dentales, con fecha de mayo de 2004, se encuentran en la recepción y están disponibles para recoger en cualquier momento.

Nombre del paciente : _____

Firma del paciente : _____ Fecha: _____

(Firma del padre / tutor si un paciente es menor de edad)

BELLA TERRA DENTAL

ACUERDO DE ARBITRAJE

Acuerdo para Arbitrar: Se entiende que cualquier disputa relacionada por negligencia médica, es decir si los servicios médicos prestados en virtud de este contrato fueron innecesarios o no autorizados o fueron prestados de manera inadecuada, negligente o incompetente, se determinarán mediante sumisión al arbitraje según lo dispuesto por la ley de California, y no por una demanda o recurrencia a un proceso judicial, a menos que la ley de California prevea la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Ambas partes de este Contrato, al participar en él, renuncian a su derecho constitucional a que se decida en un tribunal ante un jurado y, en su lugar, aceptan el uso del arbitraje.

Todas las Reclamaciones Deben Ser Arbitradas: Es de intención y acuerdo de las partes que este acuerdo de arbitraje cubrirá todos los reclamos o controversias relacionadas con los asuntos descritos en el Artículo 1 anterior, excepto los reclamos dentro de la jurisdicción del Tribunal de Demandas Menores, ya sea por agravio (intencional o negligente) , o de otra manera, incluyendo, entre otros, los juicios relacionados con los asuntos descritos en el Artículo 1 y también los reclamos por pérdida de consorcio, muerte por negligencia, discriminación, angustia emocional o daños punitivos. El arbitraje de conformidad con los términos de este Contrato obligará a todas las partes cuyas reclamaciones según lo descrito anteriormente puedan surgir o se relacionen con el tratamiento o los servicios provistos o no proporcionados por Bella Terra Dental o cualquier empleado o agente o proveedores de Bella Terra Dental, incluyendo cualquier cónyuge o herederos del Paciente y cualquier niño, ya sea nacido o no nacido, en el momento del incidente que da lugar a cualquier reclamo. El abajo firmante entiende y acuerda que si el suscrito firma este Contrato en nombre de otra persona por la cual el abajo firmante tiene responsabilidad, entonces, además del abajo firmante, dicha persona también estará obligada, junto con cualquier otra persona que pueda tener un reclamo que surja del tratamiento o servicios prestados a esa persona. La referencia a Bella Terra Dental incluye a la corporación y sus empleados, agentes y proveedores. La presentación de cualquier acción en cualquier tribunal por parte de Bella Terra Dental para cobrar cualquier tarifa al Paciente no eximirá del derecho de exigir el arbitraje de ningún reclamo descrito anteriormente. Sin embargo, después de la afirmación de cualquier reclamo en contra de Bella Terra Dental, cualquier disputa de honorarios, ya sea o no el tema de cualquier acción judicial existente, también será resuelta por el mismo arbitraje.

Procedimientos y Ley Aplicable: El paciente iniciará el arbitraje presentando una Demanda de Arbitraje sobre Bella Terra Dental y cada demandado. El reclamo se enviará por correo de EE. UU., con franqueo prepagado, a: Bella Terra Dental, 1110 W. Kettleman Ln, Lodi, CA 95240. Una Demanda de Arbitraje debe ser comunicada por escrito a todas las partes, identificar a cada demandado, describir el reclamo contra cada parte, y la cantidad de daños solicitados, y los nombres, direcciones y números de teléfono del Paciente y su abogado. El Paciente y Bella Terra Dental acuerdan que cualquier arbitraje conforme al presente será conducido por un árbitro único y neutral seleccionado por las partes y se resolverá utilizando las reglas de la Asociación Americana de Arbitraje. (El arbitraje, sin embargo, no debe ser realizado por la Asociación Americana de Arbitraje). El paciente perseguirá sus reclamos con diligencia razonable, y el arbitraje se regirá de conformidad con el Código Civil §§3333.1 y 3333.2, el Código de Procedimiento Civil §§ 340.5, 667.7, 1281-1295 y la Ley Federal de Arbitraje (9 U.S.C. §§ 1-9), según rijan periódicamente.

Efecto Retroactivo: El paciente tiene la intención de que este Contrato cubre los servicios prestados por Bella Terra Dental no solo después de la fecha en que se firmó (incluido, entre otros, el tratamiento de emergencia), sino también antes de que se firmará también.

Divisibilidad: Si alguna disposición de este Acuerdo de Arbitraje se considera inválida o inaplicable, las disposiciones restantes permanecerán en plena vigencia y no se verán afectadas por la invalidez de cualquier otra disposición.

Entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de este Contrato. Con mi firma a continuación, reconozco que he recibido una copia.

AVISO: AL FIRMAR ESTE CONTRATO, USTED SE COMPROMETE A QUE CUALQUIER PROBLEMA DE MALA PRÁCTICA MÉDICA SEA DECIDIDO POR ARBITRAJE NEUTRAL Y USTED RENUNCIA A SU DERECHO A UN JUICIO POR JURADO O TRIBUNAL. VEA EL ARTÍCULO 1 DE ESTE CONTRATO.

Nombre del paciente : _____

Firma del paciente : _____ Fecha: _____

(Firma del padre / tutor si un paciente es menor de edad)