LLCHD Dental Clinic Policy and Procedures

Lincoln-Lancaster County Health Department

ضوابط و مقررات کلینیک دندانپزشکی

شرایط مشمولیت بیمار(صلاحیت)

1- هزینهای دندانپزشکی بر اساس مقدار در آمد شما وکسانی که در خانواده شما زندگی می کنند، تعیین می گردد.

2- جهت تعیین مشمولیت دریافت خدمات دندانپزشکی، باید مدارک مربوط به در آمد، آدرس کنونی، واطلاعات تماس کنونی (شماره تلفن خانه، تلفن همراه، و یا ایمیل) تهیه گردد.

- تا هنگام تهیه مدارک کامل مرتبط با اثبات درآمد، آدرس کنونی شماره تماس کنونی، هزینه های دندانپزشکی به صورت کامل دریافت می گردد.

- کسانی که از شرایط غیر طبیعی یا شرایط سخت زندگی رنج می برند، عنایت خاصی شامل حالشان می گردد.

- در صورت دادن معلومات غیر صحیح ویا مخفی کردن معلومات، این مسئله باعث می شود که شما از خدمات کلینیک محروم می گردید.

-اگر شما و/ یا اعضای خانواده خود را تحت پوشش بیمه دندانپزشکی خصوصی یا مدیکید شده اید،شما باید بلافاصله کلینیک دندانپزشکی را اطلاع دهید.

پرداخت هزینه خدمات دندانپزشکی:

1-انتظار می رود که هزینه های دندانپزشکی در هنگام دریافت خدمات پرداخت شود، مگر اینکه با کارمندان پذیرش خدمات دندانپزشکی ترتیب خاص قبلی جهت پرداخت هزینه حاصل شده است.

2-جهت دریافت خدمات، باید هزینه های خدمات دندانپزشکی به صورت مرتب و سر وقت پرداخت شود.

3-شما مسئول پرداخت کامل حساب خود هستید صرفنظر از اینکه مشمول بیمه درمانی دندان باشید ویا اینکه بیمه درمانی مدیکید خدمات ارائه شده را پرداخت کنید.

نوبتهای مقرر(تعیین شده):

1- مراقبتهای خدمات دندانپزشکی از طریق برنامه ریزی ارائه می گردد.

2- شما و خوانده تان برای نوبت باید سر وقت تعیین شده برای نوبت حاضر شوید.

3- 15 دقیقه تاخیر از نوبت مقرر شده منتهی به محرومیت شما یا اعضای خانواده تان از خدمات می شود، چونکه فرصت کافی برای اتمام درمان وجود ندارد، یا اینکه نوبت شما را به بیمار دیگری داده می شود تا نوبتهای کلینیک هدر نشود.

محرومیت از کلینیک دندانپزشکی:

1-بیماران دندانپزشکی که موفق به حفظ 3 نوبت دریکسال نشده اند, نمی توانند از خدمات کلینیک دندانپزشکی استفاده کنند.

- عدم حضور نوبتها شامل: ۱) عدم حضور و بدون اطلاع قبلی؛ ۲) لغو نوبت خود با اطلاع سابق کمتر از ۲۴ ساعت، استثنا در شرایط اظطراری با تشخیص مدیر بخش؛ ۳) ۱۵ دقیقه تاخیر از نوبت مقرر شده

از همکاری شما سپاسگزاریم اگر سؤال خاصی دارید می توانید با مدیر بخش ۸۰۱۵-۴۴۱-۴۰۲ تماس حاصل فرمائید. نسخه ای از این فرم امضا شده داخل پرونده دندانپزشکی شما را بایگانی خواهد شد.

---------- ---------- ----------

نام بیمار یا سرپرست(ولی امر) چاپ شده امضای بیمار یا سرپرست(ولی امر) تاریخ