



LLCHD Dental Clinic Policy and Procedures بيان لتوضيح سياسة واجراءات عيادة الاسنان للقسم الصحي مقاطعة لنكن - نبراسكا

اهلية قبول المريض :

- 1- دفع اجور معالجة الاسنان يعتمد على مقياس الدخل الشهري للعائلة وعدد افرادها .
- 2- اثبات للدخل الشهري والعنوان الحالي ومعلومات الاتصال (رقم هاتف المنزل, رقم الهاتف النقال , او عنوان البريد الالكتروني) لتكون مؤهل لخدمة الاسنان .
- * دفع اجور معالجة الاسنان كاملاً الى حين احضارك اثبات للدخل الشهري و عنوانك الحالي ومعلومات الاتصال . *
سوف يكون هناك اهتمام خاص للزبون في الحالات الغير العادية او في حالة وجود صعوبات اذا حدثت.
- * اعطاء اي معلومات خاطئة الى الموظفين او ذكرها في وثائق المريض قد تؤدي الى الطرد من عيادة طب الاسنان
- * يجب عليك إبلاغ عيادة الأسنان في دائرة الصحة على الفور في حال حصولك أنت و / أو أحد أفراد عائلتك على تأمين الأسنان الخاص أو الميديكيد.

الدفع لخدمة الاسنان:

- 1 – اجور معالجة الاسنان تكون قابلة الدفع في نفس يوم الخدمة الا اذا كانت لديك ترتيبات اخرى مع موظفي الاسنان (عند شبك الخروج) كما لوحظ في سجل الاسنان الخاص بك .
- 2 - دفع اجور المعالجة في الوقت المناسب لتبقى في وضع جيد لاستخدام عيادة الاسنان .
- 3- انت مسؤول عن الدفع الكامل لجميع الخدمات الطبية المقدمة لك. بغض النظر اذا تم قبولك لتأمين الصحي للأسنان لاحقاً أو في حال عدم دفع المديكيد لخدماتك الصحية.

تحديد المواعيد:

- 1- تقديم خدمات طب الاسنان من خلال المواعيد المحددة .
- 2 - يجب عليك او احد افراد عائلتك ان تظهر في الوقت المحدد للموعد.
- 3 - التأخر اكثر من 15 دقيقة عن وقت الموعد المحدد لك او لاحد افراد اسرتك قد ينتج عنه عدم تقديم خدمة المعالجة وذلك لعدم وجود الوقت الكافي لاستكمال اجراءات المعالجة او ان وقت موعدك اعطي لمريض اخر وذلك بناءً على عدم اضاءة مواعيد العيادة .

الطرد او (الفصل) من عيادة الاسنان:

- 1- عند فشل المرضى بالحضور الى المواعيد 3 مرات خلال سنة واحدة فلن يجوز لهم استخدام خدمات عيادة طب الاسنان.

* الفشل في المواعيد هو :

- 1- عدم الحضور مع عدم الابلاغ .
- 2 - الغاء المواعيد باقل من 24 ساعة من وقت الموعد فيما عدا حالات الطوارئ التي تبلغ الى مديرة القسم .
- 3 - التأخر عن الموعد باكثر من 15 دقيقة .

شكرا على تعاونكم معنا , اذا كان لديك سؤال بإمكانك الاتصال بمديرة القسم على الرقم 402-411-8015 سيتم الاحتفاظ بنسخة مصورة من هذه الوثيقة الموقعة في سجل الاسنان الطبي الخاص بك.

اسم المريض او اسم الوصيالتوقيع..... التاريخ.....