

Póliza de seguro y asignación de beneficios (solo para pacientes con seguro dental)

Como cortesía, archivaremos los formularios necesarios para asegurarnos de que reciba todos los beneficios de su cobertura.

Debido a que su póliza de seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros,

es su responsabilidad asegurarse de que tengamos información precisa y actualizada de la compañía de seguros,

restricciones de su póliza e información de facturación. Si su compañía de seguros no ha pagado su reclamo

en su totalidad dentro de los 60 días, el saldo restante se convertirá automáticamente en paciente

responsabilidad. _____ iniciales

Tenga en cuenta que algunos y posiblemente todos los servicios prestados pueden no estar cubiertos por su

proveedor de seguros. Servicios, que no están cubiertos, degradados o incluidos en L.E.A.T (menos

tratamiento alternativo caro) por su seguro son su responsabilidad. Cualquier saldo que quede sin pagar

Después de 30 días serán enviadas a cobranza, estas cuentas acumularán un cargo por morosidad de \$35 en

además de cualquier saldo vencido. _____ iniciales

Por la presente autorizo a mi compañía de seguros primaria y/o secundaria a realizar pagos directamente Mt. Pleasant Family Dental. Además, he leído y entiendo el

Póliza de seguro para Mt. Pleasant Family Dental. Estoy de acuerdo en cumplir con estas políticas.

Paciente / tutora

Firma: _____

Nombre impreso: _____

Fecha: _____