

FULL DENTAL
Aviso a Pacientes con Seguro

Nombre del Paciente _____

Nombre del miembro: _____

Nombre de la compañía de seguro: _____

Número de ID: _____

Entiendo que soy responsable de mi balance con Full Dental, incluyendo en las siguientes circunstancias:

- El tratamiento supera el beneficio máximo anual de mi compañía de seguros.
- Mi compañía de seguros niega el tratamiento.
- Los beneficios del seguro son menores a los indicados en el Estimador de Full Dental.
- No complete mi tratamiento y mi compañía de seguros no paga.
- Los costos de laboratorio son cobrados por falta de asistencia a mi cita.

He leído y entiendo mis obligaciones al usar mi seguro dental como pago parcial o total para mi tratamiento.

Firma de la persona responsable

Date