

Documento de Responsabilidad del Paciente

MCNA Dental



Usted debe entender y aceptar pagar por cualquiera servicio dental que MCNA no cubra antes de que los reciba. Revise la lista de servicios con su dentista. Asegurese de entender el plan de tratamiento y su costo. Usted debera firmar y fechar este formulario antes de recibir cualquier de estos servicios dentales. Al firmar este formulario, significa que **usted acepta pagar esta cantidad en su totalidad por los servicios dentales**. Si usted no cumple con hacer los pagos, se vera sujeto a una demanda de coleccion de pago.

Informacion de Oficina Dental

Completar solo por la oficina dental.

Nombre de la Oficina (Nombre del Negocio)

Nombre del Proveedor (Nombre, Segundo Nombre, Apellido, DDS/DMD)

Numero de Telefono de la Oficina

Fecha que el Plan de Tratamiento fue Creada (MM/DD/AAAA)

Informacion del Procedimiento/Tratamiento

Completar solo por la oficina dental. Usar paginas adicionales si es necesario.

Procedimiento y Diente / Arco	\$ Costo
Procedimiento y Diente / Arco	\$ Costo
Procedimiento y Diente / Arco	\$ Costo
Procedimiento y Diente / Arco	\$ Costo
Procedimiento y Diente / Arco	\$ Costo
Procedimiento y Diente / Arco	\$ Costo

Procedimiento y Diente / Arco	\$ Costo
Procedimiento y Diente / Arco	\$ Costo
Procedimiento y Diente / Arco	\$ Costo
Procedimiento y Diente / Arco	\$ Costo
Procedimiento y Diente / Arco	\$ Costo
Procedimiento y Diente / Arco	\$ Costo

Informacion del Miembro/Paciente

Completar solo por el miembro (paciente), padre o tutor.

Numero del Miembro (Paciente)

Nombre del Miembro (Paciente) (Nombre y Apellido)

Mi dentista me ha informado que **NO HAY** ningun servicio que cubra el tratamiento dental que necesito.

☐ SI ☐ NO

Mi dentista me ha informado que **HAY** algunos servicios que cubren el tratamiento dental que necesito. Yo me reuso a recibir esa cobertura por el tratamiento que necesito.

☐ SI ☐ NO

Acepto que los servicios dentales y el costo estipulado en este formulario son los que he discutido con mi dentista.

☐ SI ☐ NO

ACEPTO QUE SOY PERSONALMENTE RESPONSABLE POR EL COSTO TOTAL DE ESTOS SERVICIOS DENTALES.

☐ SI ☐ NO

Firma del Paciente

(Firma del padre o tutor si el paciente es menor de 18 años)

Nombre del Paciente con Letra de Molde

Fecha (MM/DD/AAAA)