

# 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 deberá 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 verá sujeto a una demanda de colección de pago.

## Información 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)

Número de Teléfono de la Oficina

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

## Información del Procedimiento/Tratamiento

Completar solo por la oficina dental. Usar páginas 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 |
| Procedimiento y Diente / Arco | \$ | Costo |
| Procedimiento y Diente / Arco | \$ | Costo |
| Procedimiento y Diente / Arco | \$ | Costo |
| Procedimiento y Diente / Arco | \$ | Costo |

## Información del Miembro/Paciente

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

Número del Miembro (Paciente)

Nombre del Miembro (Paciente) (Nombre y Apellido)

Mi dentista me ha informado que **NO HAY** ningún 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 parente o tutor si el paciente es menor de 18 años)

Nombre del Paciente con Letra de Molde

Fecha (MM/DD/AAAA)