



## PÓLIZA DE SEGURO/PAGOS

1350 Spring Street NW • Atlanta, GA 30309

770-692-1000 • Fax 404-389-1985

[dentistry4children.com](http://dentistry4children.com)

Entiendo que el pago de los servicios debe ser realizado al momento que éstos sean ejecutados. Los cargos serán en última instancia mi responsabilidad. Entiendo que mi seguro me permite ser atendido en sus consultorios y que seré responsable de cualquier balance. Entiendo además que como cortesía, la oficina de Dentistry for Children, PC gestionará por mí los cargos del seguro. Cualquier presentación de cargos o seguros secundarios serán mi responsabilidad.

Los siguientes procedimientos por lo regular no están cubiertos de la forma en que usted desearía, así que por favor verifique con su compañía de seguro si tiene alguna inquietud: 1) Calzas o empastes (color blanco) en los dientes de atrás; 2) la mayoría de los tratamientos de los nervios en los dientes (pulpectomías); 3) sellantes de plástico; 4) sedación consciente con gas; 5) tratamiento ortodóntico y 6) mantenedores de espacio.

Intentaremos ESTIMAR los beneficios de su seguro lo mas exacto posible. Sin embargo, cambios en beneficios y exclusiones, los cuales pueden ser únicos en nuestras pólizas, puedan resultar en una devolución o cargos adicionales a pagar después de los cobros de su seguro. Cualquier balance después del cubrimiento del seguro, tendrá que ser PAGADO por parte del padre/guardián.

Los seguros no son tan fáciles de entender como lo era anteriormente. Es algo maravilloso de tener, pero es últimamente su responsabilidad el entender cómo éste paga los diferentes servicios. Estaremos encantados de ayudarle, PERO por favor entienda que estamos solamente ESTIMANDO con respecto a ciertos cubrimientos. Si tiene alguna inquietud, no dude en llamar directamente a su compañía de seguros. Nuevamente, SOLICITE ayuda.

Firma Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor verifique con su compañía de seguros y responda las siguientes preguntas:

- ✓ Es su plan de seguros un DMO, PPO, o indemnizado? \_\_\_\_\_
- ✓ Su seguro provee cubrimiento de sellantes? \_\_\_\_\_ a qué dientes? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_. Cuál es el límite de edad? \_\_\_\_\_
- ✓ Cuántos tratamiento de flúor son cubiertos al año? \_\_\_\_\_. Nosotros le recomendamos 2 al año. Cuál es el limite de edad? \_\_\_\_\_
- ✓ Son los empastes o calzas blancas cubiertos como amalgamas al Precio Habitual del Seguro (UCR)? \_\_\_\_\_
- ✓ Cuántas veces al año son cubiertas las radiografías de mordida? \_\_\_\_\_
- ✓Cuál es el monto total que su compañía de seguros paga al año? \_\_\_\_\_