



**ATENCIÓN: IMPORTANTE INFORMACIÓN DEL SEGURO**  
**Por favor lea detenidamente y por completo.**

Es necesario que esta carta sea clara y directa para evitar futuros malentendidos, desacuerdos y decepciones. Es vital que nuestros pacientes entiendan nuestra relación con las compañías de seguro. Si usted cree que sus necesidades dentales tienen cobertura, por favor entienda que el contrato que usted tiene representa un acuerdo entre usted y su seguro; no entre nosotros y su compañía. Nosotros no somos propietarios, no tenemos control ó influencia en su seguro. Porque los requisitos del seguro dental son muy complejos, le proveémos asistencia con el proceso como una cortesía.

La responsabilidad primaria de lidiar con la compañía es suya fundamentalmente, no nuestra. Desacuerdos ó malentendidos no son entre nosotros y su compañía de seguro, es en realidad entre usted y su compañía de seguro. Es mas probable que su compañía de seguro le responda a usted directamente si tiene preguntas ó quejas, porque usted es el que paga la poliza.

En caso de que su compañía de seguro rechaze pagar por los servicios que se le ofrecieron, usted sera el único responsable del saldo. El rechazo por parte de su seguro no elimina su responsabilidad financiera con nosotros. No estamos asociados con la compañía de seguro, no le podemos garantizar, prometer, ó declarar sus acciones y decisiones. Asumir que la compañía de seguro ya sea de gobierno ó privada pagará su cuenta puede crear un desastre.

**Yo he leído y comprendo.**

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

