

Dear Patient

Please make sure you are familiar with your dental insurance benefits.

*As a courtesy, our office staff will verify your dental insurance and will make every effort to explain your benefits to you prior to your scheduled appointment. We **Do Not** guarantee payments from your dental insurance carrier as they have stated in their guidelines. If you are aware that your benefits will terminate, please let us know ahead of time as your employer may have a right to retro terminate your dental insurance benefits and we may be asked by your insurance carrier to refund any amount paid. In this case, you as the patient will be responsible for any balance owed. We appreciate your understanding on this important matter.*

Initials: _____

Estimado Paciente

Por favor, asegúrese de que estén familiarizados con sus beneficios de seguro dental.

*Como una cortesía, nuestro personal de oficina verificará su seguro dental y hará todo lo posible para explicar sus beneficios a usted antes de su cita programada. **No podemos** garantizar los pagos de su compañía de seguro dental, ya que lo han declarado en sus pólizas. Si usted es consciente de que sus beneficios se terminan, por favor háganoslo saber de antemano ya que su empleador puede tener derecho a retro terminar sus beneficios de seguro dental. En este caso, su compañía de seguros podrá exigir la devolución de cualquier cantidad adeudada. En este caso, el paciente será responsable por cualquier balance en la cuenta. Agradecemos su comprensión en este asunto tan importante.*

Iniciales: _____