



Medical & Dental Benefits Coordinators
4364 Bonita Road # 235 • Bonita, CA 91902

Phone: (619) 421 5632 • Fax: (619) 421 1458

REIMBURSEMENT AGREEMENT ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

IN THE EVENT THAT MY INSURANCE COMPANY DOES NOT HONOR MY ASSIGNMENT OF BENEFITS TO DR.: _____ AND SENDS THE PAYMENT DIRECTLY TO ME, I AGREE TO REIMBURSE THE ABOVE REFERENCED DR. FOR ANY/ALL MONIES PAID TO ME BY MY DENTAL PLAN FOR DENTAL TREATMENT, SERVICES PROVIDED TO ME OR MY COVERED DEPENDENTS WITHIN NO MORE THAN 10 DAYS OF DATE OF PAYMENT. I FULLY ACKNOWLEDGE THAT I AM ULTIMATELY RESPONSIBLE FOR PAYMENTS OF ANY DENTAL CHARGES PROVIDED TO ME AND/OR MY DEPENDENTS IN THE EVENT THAT MY INSURANCE PLAN TURNS DOWN MY INSURANCE PAYMENT CLAIM. IF I CANCEL THE DENTAL TREATMENT I'LL PAY A PENALTY OF 10% OF THE TOTAL CHARGES.

SIGNED:

X _____
PATIENT (or parent if patient a minor)

DATE

TRADUCCIÓN

EN EL CASO DE QUE MI ASEGURADORA NO HAGA VÁLIDA MI ASIGNACIÓN DE PAGO A NOMBRE DEL DOCTOR ARRIBA MENCIONADO Y ENVÍE EL PAGO DIRECTAMENTE A MÍ, ESTOY DE ACUERDO EN REEMBOLSAR DENTRO DE 10 DÍAS HÁBILES A PARTIR DE LA FECHA DE HABER RECIBIDO EL PAGO, POR CUALQUIER CANTIDAD PAGADA A MÍ POR MI PLAN DE BENEFICIOS DENTALES POR CONCEPTO DE SERVICIOS DENTALES RECIBIDOS POR MÍ O MIS DEPENDIENTES. ADEMÁS RECONOZCO Y ACEPTO SER RESPONSABLE DEL PAGO TOTAL DE LOS CARGOS DENTALES PROVEÍDOS A MI PERSONA O MIS DEPENDIENTES EN CASO DE QUE MI PLAN DE BENEFICIOS SE REHÚSE A PAGAR MIS RECLAMOS DE PAGO DE BENEFICIOS DENTALES. EN CASO DE QUE CANCELE EL SERVICIO DENTAL, ME OBLIGO A PAGAR UNA PENALIDAD DEL 10% DEL COBRO TOTAL.