



Formulario de Divulgación de Seguros

El fraude de seguro le hace daño a usted ya su niño (s), y puede someterle a penalidades criminales y civiles. Debido a la naturaleza sería de este delito y debido a que esta conducta puede aumentar la exposición y los gastos incurridos por la oficina, debemos hacer cumplir esta política.

Por favor, asegúrese de que ha notificado a nuestro personal de recepción de todos los planes de seguros privados y estatales en los que su hijo / a está inscrito incluyendo seguro privado y estatal. Si se descubre fraude de seguro después de firmar este formulario, Little Pearls Pediatric Dentistry tiene derecho a:

- Cargo administrativo de \$50
- Pago por cualquier diferencia monetaria entre el plan de tratamiento firmado y los cambios que resultan de la nueva información de seguro
- Rechazar los servicios y desactivar el (los) paciente (s) de la clínica
- Informe de fraude a las autoridades competentes

El no revelar la información del seguro es un crimen bajo el Título 33 del Código de Seguros de Georgia, Sección 33-1-9, que puede ser castigado por:

- Cargos por delitos graves
- Hasta 10 años en prisión
- Multa hasta \$ 10,000

Yo, _____, el tutor legal y / o padre del menor de los niños / niños enumerados a continuación, han leído y entienden el formulario de cobertura de seguro. Además, he revelado todas y cada una de las formas de seguro privado y estatal financiado disponible para el niño / los niños menores a Little Pearls Pediatric Dentistry.

Nombre, Fecha de nacimiento: _____

Nombre, Fecha de nacimiento:: _____

Nombre, Fecha de nacimiento:: _____

Nombre del padre o tutor legal: _____

Firma: _____ Fecha: _____