

# Wilmington Dental Care

General Dentistry for Youth first tooth  
through age 20

Bienvenidos a! Gracias por seleccionar nuestra oficina para el cuidado dental de su nino(a). Estamos comprometidos a darle excelente cuidado dental a nuestros pacientes. La siguiente informacion lo mantendra al tanto de las polisas financieras de nuestra oficina.

- **Beneficios del Seguro:** Con gusto le completamos y presentamos las facturas a su seguro dental. Haremos todos los esfuerzos para colectar el maximo de sus beneficios que nos permita su seguro dental. Sin embargo, su seguro es un contrato entre usted y su compania de seguro. Le recomendamos que lea su polisa cuidadosamente. Algunos o todos los servicios que nosotros ofrecemos puede que no sean cubridos por su seguro. Haremos lo mejor en otorgarles un estimado exacto, pero no podemos garantizar los pagos del seguro antes de presentar la factura. Cualquier balance restante despues que el seguro pague debe de ser pagado por completo 10 dias despues que reciba la factura.
- **Pagos:** Nuestra polisa es collector PAGO POR COMPLETO el mismo dia que se otorgue el servicio. Si los beneficios de el seguro aplican, co-pagos para el paciente y deducibles tiene que ser pagados el dia del servicio a menos que usted haiga hecho otro arreglo. Si tiene un segundo seguro tiene que otorgar esa informacion. Visa, Mastercard, efectivo, o cheques son aceptados. Todos los cheques seran procesados electronicamente aunque sean recibidos en persona o por correo.
- **Servicios:** Para poder diagnosticar apropiadamente y tratar a nuestros pacientes, requerimos ayudas diagnosticas como radiografias y fotografias orales. Por favor entienda que cuando usted transfiere a su nino (a) a nuestra oficina de otro dentista, las radiografias recibidas puede que no sean de la mejor calidad para poder diagnosticar apropiadamente. Por eso, debemos volver a tomarlas para poder tratar a usted o a su nino (a). Haremos todos los intentos para recibir pago de su compania de seguro. Pero le mandaremos una factura por las ayudas diagnosticas necesarias tomadas si no son pagadas por la compania de su seguro.

**He leído y estoy de acuerdo con las polisas financieras de Wilmington Dental Care:**

X

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre/Guardian legal**

Dr. Rafael Rivera Jr., DDS, PLLC