



## Plan de Descuento

(Un año de compromiso)

### Propósito

Dar a los pacientes sin seguros dentales los mismos descuentos que reciben los pacientes con seguros dentales. Estamos dispuestos a dar los precios descuentos solamente a los que cometen a las limpiezas cada 6 meses. El precio de este plan de descuento es para cubrir el precio de los tratamientos preventivos como exámenes, radiografías, y limpiezas.

### Plan de Beneficios

Limpiesas y exámenes (cada 6 meses)  
Otros Procedimientos

Sin cargo  
30% de descuento

### Plan de Miembros

1 Miembro  
2 miembros (Pareja)  
3-4 miembros ( Familia)  
5-6 miembros ( Familia)  
7 o mas (Familia)

Mensual / Anual  
\$29 o \$ 348  
\$45 o \$ 540  
\$59 o \$ 708  
\$71 o \$ 852  
\$83 o \$ 996

### Condiciones / Limitaciones

- No hay máximo o períodos de espera sobre todo el tratamiento.
- **\$ 75 para registrar.**
- Es un contrato que se renovará cada año hasta recibimos notificación de usted.
- Puede cancelar el contrato en intervalos de 6 meses si no esta satisfecho, si obtiene otro seguros, o si se mueve del área.
- El co-pay es debido al tiempo de servicio.
- Son elegibles para **0% de interés durante los 12 meses** de financiación de Care Credit con cualquier cantidad más de \$300 anuales incluyendo las tasas de afiliación
- Los precios de descuento son disponible solamente por el trabajo realizado en nuestra oficina. Trabajo realizado por nuestros socios de referencia y al cabo en los hospitales no reciben la adhesión de descuento (excepto ortodoncia).
- Planes de la familia sólo se refieren a cargo de menos de 21 años de edad
- Cobertura debe ser continuo. Tarifas sujetas a cambio con la inflación

### Registración

| <u>Dependientes Cubiertos</u> | <u>Fecha de Nacimiento</u> | <u>Relacion</u> |
|-------------------------------|----------------------------|-----------------|
|                               |                            |                 |
|                               |                            |                 |
|                               |                            |                 |
|                               |                            |                 |
|                               |                            |                 |
|                               |                            |                 |
|                               |                            |                 |
|                               |                            |                 |

Al firmar abajo, estoy de acuerdo con los términos y limitaciones del plan.

Firma \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



Comparación de las tasas de costumbre, las cuotas de afiliación, y típico de las cuotas de los seguros

| Procedimientos Dentales | Pago Habitual | Pago Por ser miembro                           | Típico PPO                                    |
|-------------------------|---------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Examen                  | \$ 90         | \$0                                            | \$0                                           |
| Limpieza                | \$ 90         | \$0                                            | \$0                                           |
| Rellenos                | \$221         | \$155<br><i>no deducible, máximo, o espera</i> | \$40-90<br>(\$50 de deducible, \$1100 max.)   |
| Coronas                 | \$1287        | \$900<br><i>no deducible, máximo, o espera</i> | \$450-600<br>(\$50 de deducible, \$1100 max.) |
| Endodoncia              | \$1184        | \$828<br><i>no deducible, máximo, o espera</i> | \$190-230<br>(\$50 de deducible, \$1100 max.) |
| Extracciones            | \$187         | \$131<br><i>no deducible, máximo, o espera</i> | \$35-70<br>(\$50 de deducible, \$1100 max.)   |

| <u>Cargos por primer visita</u> | <u>Con Plan</u> |     |
|---------------------------------|-----------------|-----|
| Examen comprensivo              | \$90            | \$0 |
| Panoramic X-ray                 | \$112           | \$0 |
| Cuatro bitewings X rays         | \$69            | \$0 |
| Profilaxis (limpieza)           | \$90            | \$0 |
| Total                           | \$361           | \$0 |

| <u>Visita de cada 6 meses</u> | <u>Con plan</u> |      |
|-------------------------------|-----------------|------|
| Examen periódico              | \$ 53           | \$ 0 |
| Cuatro bitewing X rays        | \$ 69           | \$ 0 |
| Profilaxis(limpieza)          | \$ 90           | \$ 0 |
| Total                         | \$ 212          | \$ 0 |