

ASPEN FAMILY D E N T A L

Plan de Descuento (Un año de compromiso)

Plan de Beneficios

Limpiezas y exámenes (cada 6 meses)	Sin cargo
Otros Procedimientos	40% de descuento
Ortodoncia	10-20% de descuento

Plan de Miembros

	Mensual / Anual
1 Miembro	\$19 o \$ 228
2 miembros (Pareja)	\$28 o \$ 338
3-4 miembros (Familia)	\$37 o \$ 444
5-6 miembros (Familia)	\$45 o \$ 540
7 o mas (Familia)	\$54 o \$ 648

Condiciones / Limitaciones

- **\$ 49 por primer visita**
- **El pago del primer año debe ser dado por adelantado**, entonces tendrá interés mes a mes con \$4 de cargo por cada procesamiento mensual.
- **El co-pay es debido al tiempo de servicio**
- Son elegibles para el **10% de descuento** en su parte si usted paga su parte de todo el plan de tratamiento antes que su tratamiento comience.
- Son elegibles para **0% de interés durante los 12 meses** de financiación de crédito a través de la atención en cualquier cantidad más de \$ 300 anuales incluyendo las tasas de afiliación
- Cualquier trabajo que requiere más de una visita, el 50% debe ser pagado en la visita de los múltiples procedimientos .
- Cualquier trabajo de ortodoncia recibe el 10% de descuento en nuestra remisión preferida a un ortodontista o 20% si el caso es lo suficientemente simple para ser tratados en nuestra oficina.
- 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 HMO	Típico PPO
Examen	\$ 61	\$0	\$0-35	\$0
Limpieza	\$ 68	\$0	\$0- 40	\$0
Rellenos	\$131	\$79	\$35-60	\$15-35 (\$50 de deducible, \$1100 max.)
Coronas	\$836	\$502	\$380-550	\$250-320 (\$50 de deducible, \$1100 max.)
Endodoncia	\$858	\$515	\$270-450	\$100-170 (\$50 de deducible, \$1100 max.)
Extracciones	\$114	\$68	\$35-60	\$15-35 (\$50 de deducible, \$1100 max.)

Cargos Por Primer Visita		Con Plan
Examen	\$61	\$0
Panoramic X-ray	\$88	\$0
Cuatro bitewings X rays	\$53	\$0
Profilaxis (limpiesa)	\$68	\$0
Total	\$270	\$0

Visita de cada 6 meses		Con plan
Examen periodico	\$ 61	\$ 0
Cuatro bitewing X rays	\$ 53	\$ 0
Profilaxis(limpiesa)	\$ 68	\$ 0
Total	\$ 182	\$ 0