

ASPEN FAMILY D E N T A L

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)	Sin cargo
Otros Procedimientos	40% de descuento
Ortodoncia	10% de descuento

Plan de Miembros

1 Miembro	Mensual / Anual \$21 o \$ 252
2 miembros (Pareja)	\$35 o \$ 420
3-4 miembros (Familia)	\$45 o \$ 540
5-6 miembros (Familia)	\$64 o \$ 768
7 o mas (Familia)	\$64 o \$ 768

Condiciones / Limitaciones

- No hay máximo o períodos de espera sobre todo el tratamiento.
- **\$ 49 para registrar.**
- Para pagar mes a mes hay que pagar \$4 por cada procesamiento mensual.
- 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
- Cualquier trabajo de ortodoncia recibe el 10% de descuento en nuestra remisión preferida a un ortodontista o 10% si el caso es lo suficientemente simple para ser tratado 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

Registracion

<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	\$ 65	\$0	\$0
Limpieza	\$ 72	\$0	\$0
Rellenos	\$148	\$90 <i>no deducible, máximo, o espera</i>	\$25-55 (50 de deducible, \$1100 max.)
Coronas	\$1123	\$685 <i>no deducible, máximo, o espera</i>	\$320-480 (50 de deducible, \$1100 max.)
Endodoncia	\$963	\$587 <i>no deducible, máximo, o espera</i>	\$150-200 (50 de deducible, \$1100 max.)
Extracciones	\$120	\$73 <i>no deducible, máximo, o espera</i>	\$20-45 (50 de deducible, \$1100 max.)

<u>Cargos por primer visita</u>		<u>Con Plan</u>
Examen comprensivo	\$65	\$0
Panoramic X-ray	\$103	\$0
Cuatro bitewings X rays	\$57	\$0
Profilaxis (limpieza)	\$72	\$0
Total	\$297	\$0

<u>Visita de cada 6 meses</u>		<u>Con plan</u>
Examen periódico	\$ 43	\$ 0
Cuatro bitewing X rays	\$ 57	\$ 0
Profilaxis(limpieza)	\$ 72	\$ 0
Total	\$ 172	\$ 0