



BEL DRIVE DENTAL

PLAN DE AHORRO

Seleccione un plan: Niño individual Individual Doble Familia

Porfavor responda a todas las preguntas o indique si no corresponde a usted

INFORMACIÓN PERSONAL

Primer nombre : _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección de correo postal: _____

Dirección: _____

Telefono de Casa: _____ Telefono de Trabajo: _____

Numero de Celular: _____

Correo Electronico: _____

ESPOSO (A)/PAREJA INFORMACION PERSONAL

Primer nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Numero de Celular: _____

Correo Electronico: _____

NIÑOS

Nombre: _____ Apellido: _____

Nombre: _____ Apellido: _____

Nombre: _____ Apellido: _____

Nombre: _____ Apellido: _____

Nombre: _____ Apellido: _____

Firma del Miembro

Fecha

Padre o Madre o firma del tutor (si es menor de 18)

Fecha

Depues del termino inicial del contrato de 1 año, este acuerdo deberia ser renovado automatocamente por 1 año adicional. a menos de que sea cancelado por correo electronico o llamada telefonica 30 days antes de la fecha de expiracion del contrato. Usted recibira un correo electronico de 45 a 30 dias antes de la fecha de expiracion del contrato, en ese momento si usted desea cancelar este contrato responda a este correo o llamenos a la clinica para cancelar el pago automatico, si se le olvida hacer la cancelacion podremos reembolsarle si no se ha utilizado ningun beneficio en ese periodo de renovacion.

Una autorizacion de pago recurrente es necesita ser completada.



BEL DRIVE DENTAL

PLAN DE AHORRO

El plan de ahorro dental de Bel Drive Dental es un contrato de un año que comienza en la fecha en que el contrato se firma entre el paciente y Neighborhood Dental. Nuestro plan de ahorro dental está diseñado para ser asequible y de cuidado dental de calidad.

BENEFICIOS DENTALES INCLUIDOS:

- **Examen comprensivo o periódico**
- **Radiografías de mordida** (uno por año)
- **Series completa de radiografías/panorámica** (una vez cada tres años)
- **Limpiezas preventivas - adultos + niños** (2 veces al año)
- **Limpiezas de mantenimiento periodontal** (2 veces al año)
- **Floruro** (2 veces al año- sin límite de edad)
- **Evaluación de cáncer oral** (2 veces al año)

****TODOS LOS DEMÁS SERVICIOS OFRECIDOS POR BEL DRIVE DENTAL TIENEN UN DESCUENTO DEL 15%****

PRECIOS:

- **Niño individual** (13 años o más joven) = **\$315**
- **Individual** (de 14 años en adelante) = **\$425**
- **Doble Espos(a)/pareja** (o compañero doméstico o padre o madre de familia con un hijo(a) entre los 14 y los 20 años) = **\$750**
- **Familia** (mínimo tres miembros) = **\$1050**
 - **Miembros adicionales \$300 cada uno**

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES:

- Este contrato es solamente para servicios realizados por servicios prestados en Bel Drive Dental.
- Este contrato no reemplaza, elimina o modifica ningún otro contrato con Bel Drive Dental.
- Este contrato no da descuentos a servicios que ya fueron prestados.
- Los planes dobles consisten de Espos(a)/compañero doméstico o padre/madre soltero con un hijo(a) entre 14 y 20 años.
- Planes familiares están limitados a familias de 3 o más.
- Miembros de la familia deben vivir en el mismo lugar del dueño del contrato (con excepción si están en la universidad) y están limitados a miembros de la familia inmediatos (padres e hijos) y están incluidos en la familia hasta la edad de 20.
- El descuento máximo en un procedimiento individual es de \$500.
- Pagos se deben hacer al momento de la cita.
- No se pueden combinar con ningún otro descuento o promoción.
- No reembolsos de las primas pagadas en ningún momento si el participante decide no utilizar el plan.
- Después del término inicial de 1 año. Este acuerdo se considerará automáticamente renovable cada año, excepto si se cancela con una carta 30 días antes del período de caducidad actual.



Política financiera de plan de ahorro dental

Nuestro plan de ahorro dental es una alternativa al seguro dental tradicional y está diseñado para ahorrarte dolor, tiempo y dinero. Es una buena manera de recibir el cuidado que necesitas con los ahorros que deseas. Este plan no se puede usar en combinación con ningún otro seguro, descuento o promoción. No se harán devoluciones de primas si los participantes deciden no utilizar este plan después de haberlo comprado.

Su plan de ahorro dental incluye 100% de cobertura en los siguientes: Exámenes comprensivos/periódicos (2 veces al año), radiografías de mordida (una vez al año), serie completa de radiografía bucal/panorámica (1 vez cada 3 años), limpiezas de mantenimiento preventivo o periodontal (2 veces al año), fluoruro (2 veces al año sin límite de edad) y examen de cáncer oral (2 veces al año). Todos los otros servicios ofrecidos por la clínica Bel Drive Dental tendrán el 15% de descuento o \$500 por el procedimiento.

Se requiere el pago completo al momento del servicio. Nosotros aceptamos efectivo, cheques personales, giros postales, Mastercard, visa, cuenta de ahorro de salud, American express, y Discover. Si un cheque personal es devuelto se le cobrará un cargo por cobranza y le será requerido pagar con tarjeta o en efectivo en cualquiera de sus próximas visitas. Ofrecemos opciones de financiamiento a través de CareCredit y de Cherry Finance (con aprobación previa).

En el caso de que tenga un balance sin pagar en su cuenta, trataremos de contactarlo para recolectarlo. Sin embargo, si no podemos hacerlo su cuenta será enviada a una agencia de cobros. Una vez que esto suceda se le agregara un 24% de cargo mínimo al total del balance para cubrir el costo de cobro, de litigación y cualquier costo adicional que puedan ocurrir.

Como resultado de que su balance sin pagar fue enviado a una agencia de cobro, su plan de ahorro dental será anulado, si decide participar en el plan de ahorro dental de nuevo, su balance debe ser pagado en su totalidad y no puede estar moroso. Necesitará comprar el plan de ahorro dental nuevamente y no tendrá acceso a los beneficios de su plan previo.

Las citas son reservadas exclusivamente para usted. Algunas citas requieren un depósito no reembolsable para mantener su reservación dental. Su depósito será aplicado a su porción estimada de paciente, si se completa como fue programada. La clínica requiere un día hábil si el paciente no puede mantener su reservación dental, trataremos de contactarte antes de su cita para confirmar, si la cita no es confirmada en un día hábil, la misma será cancelada o reprogramada. **Usted será responsable por cualquier cita pérdida o cancelaciones con menos de un día hábil de anterioridad. Si el paciente "no se presenta" o la cita es cancelada antes de un día hábil en tres citas consecutivas. Moveremos tus citas al mismo día solamente en nuestro horario.** Como beneficio adicional como nuestro apreciado paciente le ofrecemos comunicarnos con usted si una cita está disponible antes de la fecha original de la suya.

En el caso de padres separados o divorciados de menores de edad. La persona responsable por la porción del costo del tratamiento del niño(a) será quien traiga al menor a esta cita y tendrá que ser pagado el día del servicio.

He leído y entiendo la política financiera y de cancelación.

Firma de el paciente

Fecha

Padre o Madre o firma del tutor (si es menor de 18)

Fecha