



PROGRAMA DE AHORROS

Selección un programa: Niño individual Una sola persona Dos personas Familiar

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

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre: _____ Apellido: _____
Fecha de Nacimiento: _____
Correo Electronico: _____
Dirección: _____
Telefono de Casa: _____ Telefono de Trabajo: _____
Numero de Celular: _____
Correo Electronico: _____

INFORMACIÓN PERSONAL DE SU ESPOSO(A) O PAREJA

Nombre: _____ Apellido: _____
Fecha de Nacimiento: _____
Numero de Celular: _____
Correo Electronico: _____

HIJOS

Nombre: _____ Apellido: _____
Nombre: _____ Apellido: _____
Nombre: _____ Apellido: _____
Nombre: _____ Apellido: _____
Nombre: _____ Apellido: _____

Firma de el Miembro

Fecha

Firma de el Padre o Tutor(Si es un menor de 18)

Fecha

Despues de el termino inicial de un año este contrato sera renovado automaticamente por otro año al menos que sea cancelado por escrito treinta dias antes de la fecha de vencimiento. Usted recibira una notificación 45 dias y otra a los 30 dias antes que se venza su contrato. Si para ese entoces usted decea cancelar su contrato responda a la notificación o llame a la clinica directamente. Si por alguna razon usted olvida responder o cancelar, se le puede hacer un reembolso siempre y cuando no se hayan utilizado ninguno de los beneficios despues de la renovación.

Una forma de Autorizacion de pago recurente es requerida.



PROGRAMA DE AHORROS

El programa de ahorros de Star City Dental es de un año de contrato, empezando desde la fecha en el que el contrato fue firmado por el paciente y por Star City Dental. Nuestro programa de ahorros esta diseñado para proveer acceso a cuidado dental costeable.

BENEFICIOS DENTALES INCLUYE:

- **Dos Profilaxis/Limpiezas Dentales** (Limpieza de Adulto o Niño y Mantenimiento Periodontal)
- **Dos Exámenes: Comprensivo** (Pacientes Nuevos) **Periodico** (visitas recurrentes) o **Limitado** (Emergencias)
- **Radiografías Anuales** (Radiografías de Mordida, Serie Completa de Radiografías o Radiografía Panorámica si es necesario).
- **Dos tratamientos de Fluoruro.**

*****TODOS LOS OTROS SERVICIOS OFRECIDOS POR NEIGHBORHOOD DENTAL TENDRAN UN DESCUENTO DE 15%*****

COSTOS:

- **Niño individual** (De 13 años o menos) = **\$315**
- **Una sola persona** (De 14 años o mas) = **\$425**
- **Dos personas** (Pareja casada) = **\$750**
- **Familia** (De tres miembros o mas)
 - **1er Miembro = \$375**
 - **2do Miembro = \$350**
 - **3er Miembro = \$325**
 - **Miembros adicionales \$300 cada uno**

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES:

- Este contrato es solo para servicios realizados por un miembro de el equipo de Neighborhood Dental.
- Este contrato no reemplaza, elimina o modifica ningun otro contrato de Neighborhood Dental.
- Este contrato no da descuentos a servicios que ya han sido realizados.
- Planes familiares estan limitados a familias de 3 personas o mas.
- Miembros de una familia deben vivir en la misma casa que la persona que hizo el contrato(al menos que esten en el colegio) esto se limita solamente a familia inmediata (padres e hijos), y solo se pueden incluir en el plan familiar hasta la edad de 20 años.
- Descuento maximo por procedimiento es de \$500
- El pago se tiene que realizar el dia en el que se da el servicio.
- No se puede usar o combinar con ningun otro descuento o promoción.
- No se podra realizar ningun reembolso en ningun momento si es que el participante decide no utilizar su plan.



PROGRAMA DE AHORROS AUTO RENOVACIÓN

Divulgación de Pago Automático

Este formulario describe su acuerdo con Star City Dental, en el que nos autoriza a procesar pagos electrónicos desde la tarjeta de crédito, tarjeta de débito o cuenta bancaria que se proporciona a continuación. Se le cobrará automáticamente la tarifa anual de renovación del contrato del Programa de Ahorros en la fecha de inicio que se indica a continuación.

Los pagos continuarán anualmente hasta que se cumpla la fecha de finalización o su contrato haya sido cancelado a petición suya. Recibirá información de renovación 45 días antes de su fecha de renovación. Si hay cambios en las tarifas del plan, se le notificará en este momento. Si desea cancelar su contrato, debe proporcionar una notificación por escrito treinta (30) días antes a la fecha de renovación de su término actual. Proporcione a Neighborhood Dental un mínimo de 48-horas de aviso, en caso de que necesite editar un pago por cualquier motivo. Si no puede cumplir con el acuerdo, será su responsabilidad comunicarse con Star City Dental para hablar sobre alternativas opciones de pago. No recibirá más correspondencia de Star City Dental con respecto a estos pagos si su cuenta permanece al día. Un recibo de pagos completos estará disponible a pedido.

Nombre del paciente:

Últimos 4 dígitos de Tarjeta/Cuenta Bancaria:

Fecha de inicio de renovación:

Plan Seleccionado:

Niño individual

1 sola persona

2 sola personas

Familia

*por favor escriba la
cantidad
de miembros en plan
aqu:

Firma del paciente:
(Padre/tutor si es menor de 18 años):

Fecha:

Titular de la tarjeta/Cuenta bancaria
Firma que autoriza:

Fecha:



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 Star City 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