



# Neighborhood Dental

## PLAN DE AHORRO

El plan de ahorro dental de Neighborhood 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)  
\*\*Una limpieza adicional durante el embarazo o tiene diabetes
- **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 NEIGHBORHOOD DENTAL TIENEN UN DESCUENTO DEL 15%\*\***

### **PRECIOS:**

- **Niño individual** (13 años o más joven) = **\$340**
- **Individual** (de 14 años en adelante) = **\$475**
- **Doble Esposo(a)/pareja** (o compañero doméstico o padre o madre de familia con un hijo(a) entre los 14 y los 20 años) = **\$850**
- **Familia** (mínimo tres miembros) = **\$1,180**
  - **Miembros adicionales \$330 cada uno**

### **AHORA ESTAMOS ASOCIADOS CON:**

- Skyline Pediatric Dentistry (15% de descuento en todos los servicios)

### **EXCLUSIONES Y LIMITACIONES:**

- This contract is only for services performed by a staff member of Neighborhood Dental.
- This contract does not replace, eliminate, or modify any other contract with Neighborhood Dental.
- This contract can not be used in addition to dental insurance.
- This contract does not give discounts on services already rendered.
- Dual plans consist of Spouse/Domestic Partners OR single parent with a single child aged 14-20 years old.
- Family plans are limited to families of 3 people or more.
- Family members must live in the same household as the contract holder (unless attending college), are limited to immediate family members (parents and children), and are included in the family option up to the age of 20.
- Maximum allowed discount off any single procedure is \$500.
- Payment must be made at time of service.
- Cannot be used or combined with any other discount or promotion.
- No refunds of premiums will be issued at any time if participant decides not to utilize plan.
- After the initial term of the one (1) year contract, this agreement shall be deemed renewed automatically each year for an additional one (1) year period unless canceled in writing within thirty (30) days of the current term expiration date.



Neighborhood  
**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

Despues 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.