

## Aplicación para el programa de Descuento Médico – Programa Dental

Esta aplicación, junto con su kit de bienvenida, servirán como su acuerdo de membresía.

### Información del Miembro

Primer Nombre, Segundo Nombre (Inicial), Apellido \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono (día) \_\_\_\_\_

Teléfono (noche) \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

### Honorario de Membresía

Miembros de la familia incluye: cónyuge del miembro, y dependientes legales

	Mensual	Anual
Individual	<input type="checkbox"/> \$6.95	<input type="checkbox"/> \$59.00
Familiar	<input type="checkbox"/> \$8.95	<input type="checkbox"/> \$69.00

### Miembros de familia

(Fecha de nacimiento es requerida para agregar cónyuge y dependiente legal)

Primer Nombre	Segundo Nombre (Inicial)	Apellido	Fecha de Nacimiento
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Usted puede cancelar en 30 días y recibir un reembolso completo**

### Tarjeta de crédito o débito

Visa    MasterCard    Discover    Amex

Nombre del titular: \_\_\_\_\_

# de tarjeta de Crédito/Débito: \_\_\_\_\_

Fecha de expiración: \_\_\_\_\_

### Débito Bancario

Titular: \_\_\_\_\_

Cuenta de Cheques    Cuenta de Ahorros

*Favor de incluir un cheque cancelado junto a esta aplicación*

Nombre del banco \_\_\_\_\_

Ciudad y estado del banco: \_\_\_\_\_

# de ruta (9 #s en la parte inferior del cheque): \_\_\_\_\_

# de cuenta: \_\_\_\_\_

**Autorización de pago**  
**Términos y Condiciones de la membresía**  
 Yo autorizo a Careington International a cargar mi tarjeta de crédito/débito ó mi cuenta de cheques para este programa; se mantendrá efectiva hasta que yo notifique, por escrito, de mi cancelación. El procesamiento de aplicaciones será retrasado si la aplicación no incluye una forma de pago. Cargos aparecerán como Careington International en su estado de cuenta mensual. Esta aplicación, junto con su kit de bienvenida, con todos los detalles de los productos, servirá como su acuerdo de membresía. Favor de guardar el folleto para su archivo. Usted recibirá su kit de bienvenida después de que su aplicación sea procesada.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Usted puede enviar su aplicación por correo a Careington International, P.O. Box 2568, Frisco, Texas 75034-9929 o por fax al (877) 335-7811.

Agent Code	Group Code NACO-DP
------------	--------------------

### Términos y Condiciones

**Condiciones de Renovación:** Al subscribirse al plan, usted está autorizando a Careington a cargar su tarjeta de crédito o cuenta bancaria la tarifa asociada al plan que usted ha seleccionado. Este cargo se mantendrá en efecto hasta que usted notifique a Careington Corporation de su cancelación, por escrito. Al subscribirse al plan, usted indica que ha leído los términos y condiciones del plan. Este plan se renovará automáticamente anualmente al final del término de su membresía y la cantidad apropiada será cargada automáticamente a su tarjeta de crédito o cuenta bancaria.

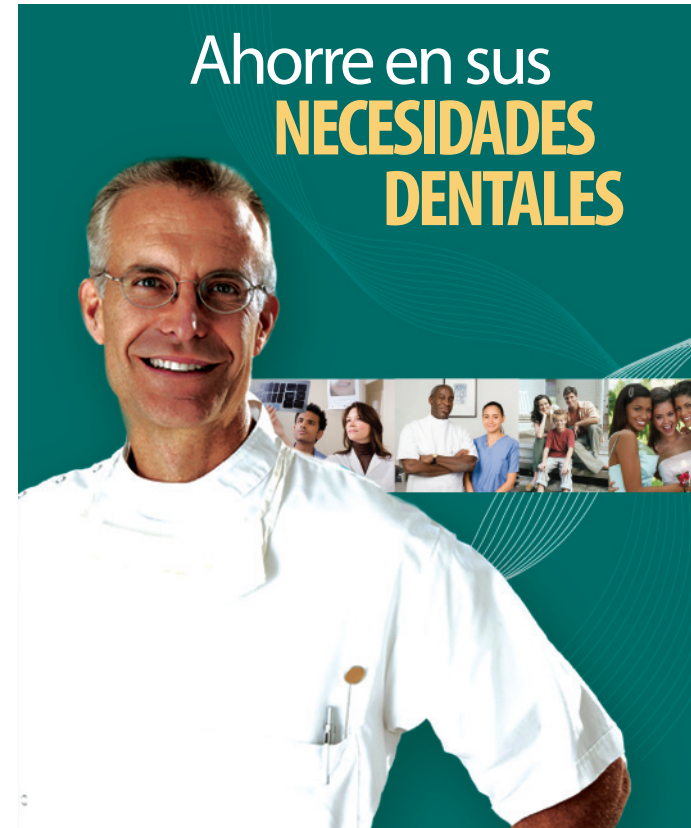
**Condiciones de Anulación:** Careington se reserva el derecho de anular a miembros del plan, por cualquier razón, incluyendo falta de pago.

**Condiciones de Cancelación:** Usted tiene el derecho de cancelar dentro de los primeros 30 días después de haber recibido los materiales de su membresía, menos el honorario de procesamiento, si es aplicable. **Residentes de FL:** Usted tiene el derecho de cancelar dentro de los primeros 30 días, a partir de su fecha efectiva. Si por alguna razón, durante este período de tiempo usted no está satisfecho con el plan y desea cancelarlo y obtener un reembolso, usted debe someter una solicitud de cancelación por escrito. Careington aceptará y cancelará programas de membresías en cualquier momento durante el período de membresía y cesará de coleccionar cargos de membresía en un tiempo razonable el cual no excederá 30 días después de haber recibido un aviso de cancelación válido. Favor de enviar una carta de cancelación y solicitud de reembolso con su nombre y número de membresía a Servicio al Cliente, Careington International, P.O. Box 2568, Frisco, TX 75034 o a través de fax al (888) 335-7330. Usted también puede someter su solicitud de cancelación a través de correo electrónico a: member@careington.com. En caso de que se facture el plan trimestral, semestral o anualmente y alguna de las partes decida anular la afiliación, el grupo hará un reembolso proporcional a los cargos correspondientes al período de pago del miembro.

**Descripción de Servicios:** Por favor observe los materiales adjuntos para una descripción específica de cada programa incluido en su plan.

**Limitaciones, Exclusiones y Excepciones:** Este programa es un programa de descuento de membresía ofrecido por Careington. Careington no es un asegurador licenciado, organización de mantenimiento de salud u otro tipo de subscriptor de servicios al cuidado de la salud. Ninguna porción de los cargos de proveedores será reembolsada o pagada por Careington. Careington no está licenciada para proveer y no provee servicios ni artículos médicos a individuos. Usted recibirá descuentos para servicios médicos de parte de proveedores que estén contratados con el plan. Usted está en la obligación de efectuar pago por todos los servicios médicos al momento de su cita. Los ahorros están basados en los cargos normales del proveedor. Los ahorros actuales pueden variar de acuerdo a la localidad, servicios específicos o productos comprados. Favor de verificar tales servicios con cada uno de los proveedores individualmente. Los descuentos aquí contenidos no podrán ser utilizados en conjunto con ningún otro programa o plan de descuento. Todos los precios listados o cotizados son precios actuales de proveedores participantes y están sujetos a cambios sin previo aviso. Descuentos no aplican a ningún servicio realizado por un proveedor no participante. Es posible que algunas veces ciertos proveedores ofrezcan productos o servicios al público en general que tengan menos precios que los cargos disponibles a través de este programa. En tal caso, los miembros pagarán la tarifa menor. Descuentos de servicios profesionales no se encuentran disponibles donde de la ley lo prohíba. Este plan no descuenta todos los procedimientos. Los proveedores están sujetos a cambio sin previo aviso y los servicios pueden variar en algunos estados. Es responsabilidad del miembro verificar que el proveedor es un participante en el plan. En cualquier momento Careington tiene el derecho de eliminar a un Profesional Participante del plan de la red respectiva en la que el proveedor está asociado y puede sustituir redes de proveedores a su discreción. Careington no puede garantizar la participación continua de ningún proveedor. Si él o ella se retiran del plan, usted necesitará seleccionar otro proveedor. Los proveedores contratados con Careington son únicamente responsables por los consejos profesionales y tratamiento otorgado a los miembros y Careington se excluye de cualquier responsabilidad de tales circunstancias. Tanto servicios como proveedores de servicios pueden cambiar o ser descontinuados en cualquier momento con el aviso requerido por la ley.

**Procedimiento de Queja:** Si usted desea presentar una queja o reclamo en cuanto a su membresía de plan, debe someter su reclamo por escrito a: Careington International Corporation, P.O. Box 2568, Frisco, TX 75034. Todas las quejas o reclamos están documentados en el archivo mensual de Garantía de Calidad junto con la fecha y contenido de la queja o reclamo. Miembros tienen el derecho de solicitar una apelación a la resolución de la queja o reclamo. Apelaciones serán enviadas al Comité y tendrán derecho a una segunda revisión por parte de diferentes individuos. **Residentes de TX:** Toda queja será completada dentro de 72 horas de haberse recibido, con la excepción de preguntas de facturación donde se requerirá investigación o documentación adicional.



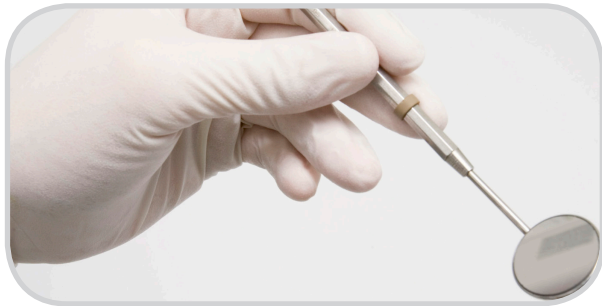
Ahore en sus **NECESIDADES DENTALES**

# Programa de Descuento Dental

Ahore de 5% a 50% en procedimientos dentales, incluyendo exámenes orales de rutina, limpiezas, dentaduras, coronas y más



# Es fácil ahorrar en sus gastos dentales



## SERVICIOS DENTALES

- Ahorros de 5% a 50% en procedimientos dentales, incluyendo exámenes orales de rutina, limpiezas ilimitadas y procedimientos mayores, tales como dentaduras, canales de raíz y coronas.
- Ahorros de 20% en ortodoncia tanto como para niños como para adultos
- Ahorros de 20% de los cargos regulares en todas las especialidades- incluyendo endodoncia, cirugía oral, ortodoncia, dentista infantil, peridontología y odontología protésica-donde se encuentre disponible
- Acceso a más de 75,000 dentistas y especialistas participantes en toda la nación.

El programa dental es administrado por Careington International Corporation.

### Cuadro de ejemplo de ahorros dentales\*

Código	Descripción	Costo con el Programa	Costo Regular	Ahorro
0120	Evaluación Oral Periódica	\$24	\$49.00	51%
0274	Películas de rayos X	\$31	\$63.00	51%
1110	Limpieza-Adulto (simple)	\$48	\$91.00	47%
1120	Limpieza-Niño	\$34	\$67.00	49%
2160	Amalgama-3 superficies, primaria o permanente	\$99	\$210.00	53%
2750	Corona-Porcelana fundida en metal de alta nobleza	\$600	\$1,070.00	44%
3330	Canal de raíz-Molar (excluyendo restauración final)	\$580	\$1,000.00	42%
4341	Escalamiento periodontal y planeamiento de la raíz	\$124	\$248.00	50%
7140	Extracción-Diente en erupción o raíz expuesta	\$81	\$167.00	51%
8080	Tratamiento Ortodóntico comprensivo de dentadura para adolescentes	20% Discount	\$5,581.00	20%

\*Estos cargos representan la lista de honorarios CI-5. Los cargos regulares están basados en los datos usuales y comunes de la industria dental. Precios están sujetos a cambio

## Sabía usted?

Cerca de un tercio de todos los adultos en los Estados Unidos tienen caries sin tratar. Uno de cada 7 adultos entre las edades de 35 a 44 años tiene enfermedad en las encías. Más aún, cerca de un cuarto de todos los adultos han experimentado algún tipo de dolor facial en los últimos 6 meses.

– Centro para la prevención y control de enfermedades



### Tarifas del Programa Dental

	Mensual	Anual
Individual	\$6.95	\$59.00
Familiar	\$8.95	\$69.00

## Cómo unirse al programa

- Por Teléfono: 877-354-NACo (6226)
- Por Internet: [www.nacodentalprogram.com](http://www.nacodentalprogram.com)
- Llene su aplicación y envíela a:  
Careington International Corporation,  
P.O. Box 2568, Frisco, Texas 75034-9929  
o envíela via fax al 877-335-7811.

## Cómo utilizar el programa

- Visite [www.nacodentalprogram.com](http://www.nacodentalprogram.com) o llame a Servicio al Cliente al 877-354-NACo (6226) para ubicar un proveedor participante.
- Cuando localize a un proveedor participante, haga una cita. Mientras habla con el proveedor, menciónale que usted es miembro del programa de descuento dental de Careington.
- Presente su tarjeta de membresía durante su visita
- Usted recibirá su descuento al momento de la visita y será responsable de pagarle al proveedor la totalidad de la tarifa descontada cuando los servicios fueron provistos.
- Usted puede cancelar en 30 días y recibir un reembolso completo

### Declaraciones ESTE PLAN NO ES SEGURO MEDICO

Este plan no cumple con el mínimo de requerimiento acreditable para cobertura bajo M.G.L. c. 111M y 956 CMR 5.00. El plan provee descuentos en ciertos proveedores de cuidados médicos para servicios médicos. El descuento promedio varía dependiendo del tipo de proveedor y servicio. El plan no efectúa pagos directamente a los proveedores de servicios médicos. Miembros del plan están en la obligación de pagar por todos los servicios de cuidado de la salud pero recibirán un descuento de parte de los proveedores de servicios médicos que mantengan un contrato con la organización de descuentos médicos. Antes de su compra, usted tiene acceso a una lista de proveedores de cuidado de la salud participantes a través del sitio de internet [www.searchforaprovider.com](http://www.searchforaprovider.com). A solicitud, el plan le pondrá a su disposición una lista, por escrito, de proveedores de cuidado de la salud participantes. Después de recibir los materiales de membresía, usted tiene el derecho de cancelar, dentro de los primeros 30 días y recibirá un reembolso total. Organización de Plan de Descuento Médico y Administrador: Careington International Corporation, 7400 Gaylord Parkway, Frisco, TX 75034; teléfono 800-441-0380.

Este programa y sus administradores no son responsables de proveer o garantizar la calidad de servicio brindado por los proveedores participantes. Este programa no está disponible en Vermont y Montana.

