



## 12-Meses Plan de Membresía

### PLAN REGULAR:

- ✓ Una serie gratuita de radiografías de control anual
- ✓ Dos exámenes periódicos gratuitos con detección de cáncer bucal
- ✓ Dos limpiezas dentales profesionales gratuitas
- ✓ Dos tratamientos con flúor
- ✓ Una visita de emergencia de cortesía con una radiografía
- ✓ 15% de descuento en todos los procedimientos adicionales (excluye actualizaciones personalizadas/tarifas de laboratorio, promociones de oficina, blanqueamiento)

### PLAN CON ENFOQUE PERIODONTAL:

- ✓ Tres limpiezas de mantenimiento periodontal
- ✓ Dos exámenes periódicos gratuitos
- ✓ Un juego gratuito de radiografías anuales
- ✓ Un tratamiento de flúor
- ✓ Una visita de emergencia de cortesía con una radiografía
- ✓ 15% de descuento en todos los procedimientos adicionales (excluye actualizaciones personalizadas/tarifas de laboratorio, promociones de oficina, blanqueamiento)

### TARIFAS DE MEMBRESIAS:

- |                                      |          |
|--------------------------------------|----------|
| ➤ Plan Periodontal (Adultos)         | \$599.00 |
| ➤ Plan Regular (14 años en adelante) | \$450.00 |
| ➤ Plan Regular (13 años y menores)   | \$300.00 |

### *Términos y condiciones:*

Este es un plan de descuento en el consultorio, no un plan de beneficios dentales. Este plan sólo es aplicable a pacientes sin seguros dentales. Entiendo que la cuota de membresía de 12 meses debo pagarla en su totalidad al inscribirme y entra en vigencia en la fecha en que Santa Cruz Dental Care recibe el pago. No hay planes de financiamiento o pago disponibles cuando se utiliza esta membresía. El pago de todos los servicios vence en su totalidad en la fecha del servicio. Esta membresía no es reembolsable. no se emitirán reembolsos en ningún momento si el miembro decide no utilizar el plan. Esta membresía no es transferible; este plan sólo se puede utilizar en Santa Cruz Dental Care. Los servicios prestados fuera de esta práctica no estarán cubiertos por este plan. Es responsabilidad exclusiva del miembro del plan maximizar los beneficios de este plan organizando/programando las citas apropiadas dentro del período de membresía de 12 meses. Las cuotas de membresía pueden ajustarse anualmente.

Al firmar entiendo y seguiré los términos anteriores

---

Nombre Paciente/Miembro del Plan

---

Fecha de Membresía

---

Patient/Member Signature