

DENTAL

Ahorre de 20% a 60% en Procesos Preventivos, incluyendo Exámenes, Rayos X y Limpiezas.

Ahorre de 20% a 60% en Restauraciones Básicas y Mayores, Tapaduras, Coronas y Dientes Falsos.

Ahorre 20% en Ortodoncia, incluyendo Frenos para niños y adultos.

Ahorro Promedio Anual de \$1.200 por familia en trabajos dentales.

Más de **62,000** proveedores participantes en el país.

Todas las Especialidades: Todos los dentistas deben reunir altos estándares selectivos de referencia basados en educación, licenciamiento vigente, antecedentes, y otros requerimientos.

Endodoncia Pedodoncia
Cirugía Oral Periodoncia
Ortodoncia Prostodoncia

Los miembros pueden visitar cualquier dentista participante en el plan y cambiar proveedores a cualquier hora.

20% de descuento en tarifas de cuidado especializado.

Incluye Cosmética Dental – Retenedores y Enchapados.

VISIÓN

Los miembros tienen acceso a más de **40.000** proveedores incluyendo optometristas, oculistas, oftalmólogos y tiendas ópticas líderes como:




- ⇒ Reemplazo de lentes de contacto por correo.
- ⇒ Ahorros de 20% a 40%
- ⇒ Frecuencia Ilimitada.
- ⇒ Selección de cualquier marco disponible.
- ⇒ 20% de descuento en otros artículos.
- ⇒ Ahorros en la corrección de la vista Laser.
- ⇒ Replacement contact lens by mail

Corrección de la Visión Laser: EyeMed and LCA-Vision proveen este plan a todos los miembros de EyeMed a través de una de las redes más grandes disponibles, la US Laser Network. Los miembros tienen derecho a un descuento de hasta 15% del precio a menudeo ó 5% de descuento del precio promocional de LASIK ó PRK, el descuento que sea mayor, llamando al 1-877-552-7376.

Llene la solicitud y mándela a:
Unified Companies
Luz Martinez
5715 19th St W
Bradenton, FL 34207

Contáctenos a:
(941)284-5136
Fax: (941)954-3749
unified.es.cidental.com

| <i>¡Solo Seis Pasos!</i> | |  Favor de completar y separar la siguiente solicitud. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------------|--|-----------|---------------------------------|--|------------------------|--|-------------------------------------|--------|---------|---------------------------------------|---------|---------|----------------------------------|---------|---------|--|--|--|--|--|----------|------------|--------------------|---------|---------|---------|---------|---------|----------|---------|---------|----------|
| 1. PONGA SU NOMBRE 2. PONGA SU DIRECCION | | 3. LISTE A PERSONAS POR INCLUIRS 4. SELECCIONE UN PLAN | | | 5. ESCOJA SU METODO DE PAGO 6. FIRME Y MANDELA CON SU PAGO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre | | Cumpleaños / / | | Email | | Nombre de la Esposa(o) | | Cumpleaños / / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección (incluyendo # de Apartamento) | | Ciudad | | Estado | | Código Postal | | Teléfono de su casa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lista de Miembros por incluir | 1. Nombre | Cumpleaños / / | 2. Nombre | | Cumpleaños / / | 3. Nombre | | Cumpleaños / / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 4. Nombre | Cumpleaños / / | 5. Nombre | | Cumpleaños / / | 6. Nombre | | Cumpleaños / / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Quiero pagar con CHEQUE ó GIRO POSTAL pagadero a Careington International bajo la base: <input type="checkbox"/> Trimestral – incluya pago por 3 meses con esta solicitud. <input type="checkbox"/> Anual – incluya pago por 12 meses con esta solicitud. | | Quiero incluir: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">(escoja de aquí abajo)</th> <th style="text-align: center;">Precio Mensual</th> <th style="text-align: center;">Cuota de Solicitud</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Individual</td> <td style="text-align: center;">\$6.95</td> <td style="text-align: center;">\$20.00</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Individual+1</td> <td style="text-align: center;">\$11.95</td> <td style="text-align: center;">\$20.00</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Familia</td> <td style="text-align: center;">\$15.95</td> <td style="text-align: center;">\$20.00</td> </tr> </tbody> </table> | | | (escoja de aquí abajo) | Precio Mensual | Cuota de Solicitud | <input type="checkbox"/> Individual | \$6.95 | \$20.00 | <input type="checkbox"/> Individual+1 | \$11.95 | \$20.00 | <input type="checkbox"/> Familia | \$15.95 | \$20.00 | Monto a enviar con esta solicitud (escoja uno): <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Mensual*</th> <th style="text-align: center;">Trimestral</th> <th style="text-align: center;">Anual (ahorre 10%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">\$26.95</td> <td style="text-align: center;">\$40.85</td> <td style="text-align: center;">\$95.06</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">\$31.95</td> <td style="text-align: center;">\$55.85</td> <td style="text-align: center;">\$149.06</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">\$35.95</td> <td style="text-align: center;">\$67.85</td> <td style="text-align: center;">\$192.26</td> </tr> </tbody> </table> | | | | | Mensual* | Trimestral | Anual (ahorre 10%) | \$26.95 | \$40.85 | \$95.06 | \$31.95 | \$55.85 | \$149.06 | \$35.95 | \$67.85 | \$192.26 |
| (escoja de aquí abajo) | Precio Mensual | Cuota de Solicitud | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Individual | \$6.95 | \$20.00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Individual+1 | \$11.95 | \$20.00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Familia | \$15.95 | \$20.00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mensual* | Trimestral | Anual (ahorre 10%) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \$26.95 | \$40.85 | \$95.06 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \$31.95 | \$55.85 | \$149.06 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \$35.95 | \$67.85 | \$192.26 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Quiero pagar MENSUALMENTE con DEDUCCION BANCARIA . Aquí autorizo Deducciones Bancarias de mi cuenta a favor de Careington International, y pagaderas a ellos mismos, proveyendo que existen suficientes fondos en dicha cuenta para hacer los pagos bajo presentación. Incluya un cheque marcado VOID y un cheque pagadero a Careington International, por el primer mes. | | <input type="checkbox"/> Individual+1 <input type="checkbox"/> Familia | | | El proceso de esta solicitud se puede demorar si no incluye pago completo. * Pagos Mensuales Unicamente con Dedución Bancaria ó Tarjeta de Crédito. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Quiero pagar con Crédito bajo la base: <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual | | Número de Cuenta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/> Discover | | Nombre en la Tarjeta de Crédito | | | | | | Fecha de Expiración | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Firma X | | Fecha | | | Fecha Eficaz Seleccione por favor uno del siguiente: | | <input type="checkbox"/> Este mes <input type="checkbox"/> El mes próximo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Para El Uso De la Oficina Solamente | | Sales Summary Number 65475 | | Group Number DEMQBI-R | | WA OGILSZ | | Office QUALBE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

TERMINOS Y CONDICIONES

Condiciones de Renovamiento: Al inscribirse en el plan, usted está autorizando a **Careington** a deducirle de su tarjeta de crédito ó de su cuenta de cheques por el plan que usted haya escogido. Este cargo permanecerá en vigor hasta que usted le notifique a **Careington International Corporation** por escrito de la cancelación. Al inscribirse, Usted indica que ha leído los terminos y las condiciones del plan y está involucrándose en el plan por un año. Este plan se renueva automáticamente al final del término de su membresía en una base anual, y se hará el cargo correspondiente en su tarjeta de crédito ó cuenta de cheques.

Cesión del Contrato: **Careington International** se reserva el derecho de terminar el plan por cualquier razón, incluyendo la falta de pago.

Condiciones de Cancelación: Usted tiene 45 días desde la fecha en que se inscribió para utilizar el plan sin riesgo. Si por alguna razón, dentro de los primeros 45 días, usted está disatisfecho con el plan, desea cancelarlo y obtener un reembolso de cualquier parte de la cuota de membresía pagada, favor de mandar una carta de cancelación con el requerimiento de obtener un reembolso. Mande la carta con su nombre y número de miembro a Member Services, **Careington International** at 7400 Gaylord Parkway, Frisco, Texas 75034. Si **Careington International** le está cobrando en forma trimestral, semianual ó anual, **Careington International** le reembolsará, en caso de cancelación de membresía por cualquiera de las dos partes, la parte proporcional de los cargos periódicos del miembro.

Limitaciones, Omisiones y Excepciones: Este programa es un programa de descuento a miembros ofrecido por **Careington International Corporation**. **Careington** no es una aseguradora, organización de mantenimiento de la salud, ó cualquier otro suscriptor de servicios de cuidado de la salud. Ninguna parte de las cuotas de proveedores se reembolsarán ó serán pagadas por **Careington**. **Careington** no tiene licencia para proveer y no provee servicios ó artículos médicos a individuos. Usted recibirá descuentos por servicios médicos con ciertos proveedores de salud, quienes se han contratado con el plan. Usted está obligado a pagar por todos los servicios de cuidado de salud a la hora de su cita. Los ahorros del plan están basados sobre las cuotas normales de los proveedores. Los ahorros reales varían dependiendo en la locación y en los servicios específicos ó productos comprados. Por favor verifique cada uno de esos servicios individualmente con cada proveedor. Los descuentos que se encuentran aquí pueden no utilizarse en conjunción con ningún otro plan de descuento ó programa. Todos los precios listados son precios corrientes por parte de los proveedores participantes y sujetos a cambio sin previo aviso. Cualquier procedimiento hecho por un proveedor que no participa en nuestro plan no tiene descuento. De vez en cuando, algunos proveedores podrán ofrecer productos ó servicios al público en general a precios por abajo de los precios disponibles a través de este programa. En tal evento, se le cobrará a los miembros el precio más bajo. Los descuentos sobre servicios profesionales no están disponibles en áreas prohibidas por la ley. Este plan no ofrece descuentos en todos los procedimientos. Los proveedores pueden cambiar sin dar aviso y los servicios pueden variar en algunos estados. Es la responsabilidad del miembro verificar que el proveedor participa en el plan. En cualquier momento **Careington** tiene el derecho de eliminar a Participantes Profesionales de su respectiva red en la que están asociados y puede substituir redes de proveedores a discreción. **Careington International** no puede garantizar la continua participación de ningún proveedor. Si él ó ella abandona el plan, usted tendrá que elegir otro proveedor. Los proveedores contratados por **Careington** son solo responsables por consejos profesionales y tratamiento administrado a los miembros y **Careington** niega toda responsabilidad con respecto a estas cosas. Servicios y proveedores de servicios podrán cambiar o ser suspendidos con aviso, como es requerido por ley.

Procedimiento de Quejas: Si usted quisiera presentar una queja ó injusticia con respecto a su plan de membresía, usted debe de someter su queja por escrito a: Member Services, **Careington International** at 7400 Gaylord Parkway, Frisco, Texas 75034.

Dado a saber:

1. Favor de notar que **ESTOS NO SON SEGUROS**.
2. Los planes proveen descuentos con ciertos Proveedores de servicios médicos.
3. Los planes no hacen pagos directamente a los Proveedores de servicios médicos.
4. Los miembros de los Planes están obligados a pagar por los servicios de cuidado médico pero reciben un descuento por parte de los Proveedores de servicios médicos que tienen contrato con la Organización de Descuentos de Planes Médicos.
5. La Organización de Descuentos de Planes Médicos: **Careington International Corporation**, 7400 Gaylord Parkway, Frisco, TX, 75034; Tel. 800-372-7615.

Nota para los residentes de Utah: Este contrato no está protegido por Utah Life and Health Guaranty Association. El plan y sus administradores no tienen responsabilidad en los servicios de cuidado médico ó de garantizar la calidad del servicio prestado.