

**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**
- ✓ **Cirugía Oral**
- ✓ **Ortodoncia**
- ✓ **Pedodoncia**
- ✓ **Periodoncia**
- ✓ **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.**

**Corrección de la Visión Laser: EyeMed y 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.

**✂ Favor de completar y separar la siguiente solicitud:**

Nombre		Cumpleaños / /	Email		Nombre de la Esposa(o)	Cumpleaños / /
Dirección (incluyendo # de Apartamento)		Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono de su casa	
<b>Lista de Miembros por incluir</b>	1. Nombre	Cumpleaños / /	2. Nombre	Cumpleaños / /	3. Nombre	Cumpleaños / /
	4. Nombre	Cumpleaños / /	5. Nombre	Cumpleaños / /	6. Nombre	Cumpleaños / /
Compañía ó Patrón Patrocinador:						
Me gustaría incluir a (escoja uno): <input type="checkbox"/> Únicamente a mí    \$6.95 <input type="checkbox"/> Yo y una persona más    \$11.95 <input type="checkbox"/> Toda mi familia    \$15.95						
<b>Quiero pagar MENSUALMENTE por DEDUCCION DE CHEQUE.</b> Autorizo a mi patrón a deducir de mi Salario la contribución solicitada por mí.						
Firma <b>X</b>			Fecha			
For Office Use Only	Sales Summary Number	Group Number <b>ZDEM</b>	WA <b>JEFFGZ</b>	Office <b>QUALBE</b>	Effective Date	

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.