

**DENTAL**

**Ahorre** en Procesos Preventivos, incluyendo Exámenes, Rayos X y Limpiezas.

**Ahorre** en Restauraciones Básicas y Mayores, Tapaduras, Coronas y Dientes Falsos.

**Ahorre** en Ortodoncia, incluyendo Frenos para niños y adultos.

**Más de 70,000 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.

**VISIÓN**


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

- ☞ 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

Llene la solicitud y mándela a:  
Creative Online Marketing LLC  
Stewart Ogilby  
242 S Washington Blvd, Suite 323  
Sarasota, FL 34236

Contáctenos a:  
(800)998-2523  
Fax: (941)954-3749  
unified.cidental.com

† Por favor haga los Cheques/Giro Postals pagaderos a **Careington**.

<b>¡Solo Seis Pasos!</b>		 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																									
<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 / /																								
<input type="checkbox"/> Quiero pagar con <b>CHEQUE</b> ó <b>GIRO POSTAL</b> pagadero a Careington International bajo la base: <input type="checkbox"/> Trimestral – incluya pago por <b>3 meses</b> con esta solicitud. <input type="checkbox"/> Anual – incluya pago por <b>12 meses</b> con esta solicitud.			<b>Quiero incluir:</b> <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	<b>Monto a enviar con esta solicitud (escoja uno):</b> <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 <b>MENSUALMENTE</b> con <b>DEDUCCION BANCARIA</b> . 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 presentatción. <b>Incluya un cheque marcado VOID y un cheque pagadero a Careington International, por el primer mes.</b>			<b>El proceso de esta solicitud se puede demorar si no incluye pago completo.</b>		<b>* Pagos Mensuales Unicamente con Dedución Bancaria ó Tarjeta de Crédito.</b>																									
<input type="checkbox"/> Quiero pagar con <b>Crédito</b> 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 <b>X</b>		Fecha		Fecha Eficaz <input type="checkbox"/> Este mes Seleccione por favor uno del siguiente: <input type="checkbox"/> El mes próximo																										
Para El Uso De la Oficina Solamente		Sales Summary Number <b>4790</b>		Group Number <b>DEMQBI-R</b>		WA    Office <b>OGILBZ    QUALBE</b>																								

## 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.

## **Divulgaciones:**

### **ESTE PLAN NO ES UN SEGURO. ESTE NO ES UN PLAN FARMACÉUTICO DE MEDICARE.\***

Este plan no cumple con los requisitos mínimos de cobertura acreditable establecidos por M.G.L. c. 111M y 956 CMR 5.00. El plan ofrece descuentos para servicios médicos a través de ciertos proveedores de atención médica. La gama de descuentos varía de acuerdo con el tipo de proveedor y servicio. El plan no hace los pagos directamente a los proveedores de servicios médicos. Los miembros del plan están obligados a pagar todos los servicios de atención médica, pero reciben un descuento de aquellos proveedores de atención médica que tengan un contrato con la organización del plan médico de descuento. En este sitio web, tiene acceso a una lista de los proveedores de atención médica participantes. Si lo solicita, el plan le facilitará una lista por escrito de los proveedores de atención médica participantes. Usted tiene el derecho de cancelar dentro de los primeros 30 días después de la recepción de los materiales de la membresía y recibir un reembolso completo, menos un cobro mínimo por tramitación (la tarifa mínima para los residentes de MD es de \$5). Organización del Plan Médico de Descuento y administrador: **Careington International Corporation**, 7400 Gaylord Parkway, Frisco, TX 75034; llame al 800-372-7615.

El programa y sus administradores no tienen responsabilidad por la entrega o la garantía del servicio por parte de los proveedores o la calidad de los servicios prestados por los proveedores. Este programa no está disponible en Montana ni Vermont. \* La Declaración de Medicare se aplica a los residentes de MD cuando los descuentos de farmacia son parte del programa.