# Servicios dentales que podría necesitar

con ahorros garantizados.



**INDIVIDUAL** 

al año



MIEMBROS ADICIONALES



### Cómo Funciona

Ya sea si necesita una membresía sólo para usted o para toda su familia, **tenemos opciones.** 



Inscríbase en línea en: alliancedentalplan.com



Inscríbase por teléfono al:

(877) 545-4188



Inscríbase por correo:

Alliance Dental Plan PO Box 163990 Austin, TX 78716-3990

Entregue la solicitud de inscripción junto con el pago (los cheques deben ser pagaderos a Membersy) a su oficina dental participante para que lo envíen al Plan Dental Alliance.

#### **Alliance Dental Plan**

Alliance Dental Plan NO ES UN SEGURO. Los miembros del plan pagan cuotas periódicas de membresía a cambio de acceso a descuentos en ciertos servicios dentales identificados prestados por proveedores participantes de acuerdo con la lista de tarifas del plan. Los miembros del plan están obligados a pagar directamente a los proveedores dentales por los servicios prestados. Los detalles del plan, las cuotas de membresía y los ahorros para miembros pueden variar según el plan, el proveedor v/o la ubicación de la clínica dental. Para más información, consulte las condiciones específicas del plan. Los planes dentales para miembros no son planes médicos cualificados según la Affordable Care Act v no cumplen los requisitos de cobertura mínima acreditable según M.G.L.c. 111M y 956 CMR 5.00. Plan administrado por Membersy LLC, un operador de planes médicos de descuento: P.O. Box 163990. Austin, TX 78716-3990. El plan no está afiliado ni endosado por ningún departamento de seguros estatal. Para obtener información adicional. llame al (877) 545-4188 o envíe un correo electrónico a hello@membersy.com.

powered by

membersy\*





Miembros pueden

AHORRAR HASTA UN 25%

en sus servicios dentales

al instante.

alliancedentalplan.com

ALDP-BRO-SPA 8.23v1

Descuentos dignos de una sonrisa.

# Disfrute de una odontología de calidad a una fracción del costo.

Ofrecemos una experiencia de membresía completamente diferente a los seguros tradicionales. Disfrute de ahorros exclusivos en más de 20 oficinas dentales participantes en Georgia y South Carolina. Todos los miembros reciben varios beneficios y exclusivas sólo para miembros - todo desde el primer día. ¿qué espera? iEmpiece a ahorrar hoy mismo!

### Lo Que Recibirá

Además de increíbles descuentos y ventajas para miembros, recibirá:



### INSCRIPCIÓN INSTANTÁNEA

Inscríbase en línea, en la oficina, o por teléfono en 2 minutos y empiece a ahorrar de inmediato.



#### SIN PERIODOS DE ESPERA

Se acabaron las esperas molestosas. Inscríbase hoy mismo para ahorros inmediatos.



#### SIN PROCESO DE RECLAMACIÓN

Todos los descuentos están incorporados, así que diga adiós a todo ese papeleo molestoso.



#### **PAGUE MENOS, OBTENGA MÁS**

Procure estirar su presupuesto al nunca más pagar un deducible.



#### **SIN PROBLEMAS**

Obtenga respuestas a todas sus preguntas por un equipo de apoyo dedicado.



## Inscríbase, Ahorre y Sonría

Su oficina participante está comprometida a ofrecer cuidado dental de calidad y asequible para usted y toda su familia a través de una alternativa flexible al seguro dental: el





Más información:

Alliance Dental Plan.

alliancedentalplan.com

## Ahorros instantáneos en:

- Exámenes
- Radiografías
- Limpiezas
- Rellenos
- Extracciones
- **Endodoncias**

- Coronas
- **Puentes**
- Dentaduras
- Selladores
- Ortodoncia
- Periodoncia

#### FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE ALLIANCE DENTAL PLAN

Para inscribirse por correo, envíe el formulario I completado junto con una forma de pago aceptada (cheque, giro postal o tarjeta de crédito/débito). Recibirá un correo electrónico de bienvenida y recibo de pago

ENVIAR A: ALLIANCE DENTAL PLAN PO Box 163990 Austin TY 78716-3990

MIEMBRO PRIMARIO   \$109.00 al año (Favor de completar en letra de molde				
Clínica Dental Participante				
Nombre Primario				
Apellido Primario		-		
Fecha de Nacimiento	Número de	Número de Teléfono		
Correo electrónico				
D:				
Dirección Postal				
Ciudad	Estado	Código	Código Postal	
Tipo de Suscripción	•	•		
ALLIANCE DENT	TAL PLAN			
AÑADIR DEPENDIENTE	ES   \$55.00 al añ	o por po	ersona	
Nombre Completo		F	echa de Nacimiento	
Nombre Completo		F	echa de Nacimiento	

Nombre Completo	Fecha de Nacimiento
Nombre Completo	Fecha de Nacimiento
Nombre Completo	Fecha de Nacimiento
Nombre Completo	Fecha de Nacimiento

#### **FORMA DE PAGO**

☐ Cheque o Giro Postal (a nombre de ALLIANCE DENTAL PLAN) ☐ Crédito/Débito
# de Tarjeta de
Fecha de Expiración/ # CVC

#### COSTO ANUAL DE MEMBRESÍA

☐ Individual: Membresia Anual	\$109.00 al año
Miembro(s) Adicional(es)	\$55,00 al año por cada miem

#### Firma de Autorización

#### Fecha

Al firmar y facilitar sus datos de pago, autoriza a Membersy a facturarle las cuotas de membresía correspondientes al periodo inicial y a los periodos de renovación según la tarifa del plan que haya seleccionado.