

I, «Title » «FName » «MI » «LName », do hereby accept the following terms and conditions for the Alpine Dental Plan.

- I do hereby accept the following terms and conditions for the Alpine Dental Plan.
 - Payment of \$150 per year is the charge for this plan and must be paid in full prior to any discounted rates.
 - My payment date is my renewal date if I wish to continue yearly on this plan. This plan does not automatically renew. You will be asked to renew on your first visit AFTER your fiscal year has ended.
 - This is not an insurance plan and I am responsible for all services performed.
 - FULL PAYMENT IS DUE AT THE TIME OF SERVICE, NO EXCEPTIONS.
 - I will be given estimates prior to any procedures.
 - Additional costs may occur during treatment and I will be informed of these when they occur.
 - This plan is offered only through Alpine Dental and cannot be combined with any other offers.
 - The plan is individual use only and is not transferrable to any other parties.
 - YOU MAY NOT USE CARECREDIT WHEN PAYING UNDER THIS PLAN.
-
- Acepto los siguientes términos y condiciones del Plan Alpine Dental.
 - El pago de \$ 150 por año es el cargo de este plan y debe pagarse en su totalidad antes de cualquier tarifa con descuento.
 - Mi fecha de pago es mi fecha de renovación si deseo continuar anualmente en este plan. Este plan no se renueva automáticamente. Se le pedirá que renueve en su primera visita DESPUÉS de que su año fiscal haya finalizado.
 - Este no es un plan de seguro y soy responsable de todos los servicios prestados.
 - EL PAGO COMPLETO SE DEBE AL MOMENTO DEL SERVICIO, SIN EXCEPCIONES.
 - Me darán estimaciones antes de cualquier procedimiento.
 - Pueden ocurrir costos adicionales durante el tratamiento y se me informará de estos cuando ocurran.
 - Este plan se ofrece solo a través de Alpine Dental y no se puede combinar con ninguna otra oferta.
 - El plan es solo para uso individual y no es transferible a ninguna otra parte.
 - NO PODRÁ USAR CARECREDIT AL PAGAR ESTE PLAN.

Plan Exclusions and Limitations

*Demonstration of non-compliance with recommended course of treatment.
Services which in the opinion of the attending dentist are neither necessary nor recommended for patient's dental health
Loss or theft of dentures or bridgework
Services which cannot be performed because of general health, physical or psychological limitations of patients
Services performed by a non-participating provider are not covered
Not to be combined with any other dental coverage
Services that are not performed in our facility
Plan cannot be combined with any other dental discount of coverage
Must be paid at the time of service*

Plan de exclusiones y limitaciones

*Demostración de incumplimiento del curso de tratamiento recomendado.
Servicios que, en opinión del dentista tratante, no son necesarios ni recomendados para la salud dental de los pacientes.
Pérdida o robo de dentaduras postizas o puentes.
Servicios que no se pueden realizar debido a limitaciones generales de salud, físicas o psicológicas de los pacientes.
Los servicios prestados por un proveedor no participante no están cubiertos.
No debe combinarse con ninguna otra cobertura dental.
Servicios que no se realizan en nuestras instalaciones.
El plan no se puede combinar con ningún otro descuento dental de cobertura
Debe ser pagado en el momento del servicio*

**\$150/Year
POR UN AÑO**

Patient Signature & Date

Administrator Signature & Date