

Availability of Language Assistance Services: If you, or a member of your family, covered by California Dental Network, cannot speak, read or write English well enough to understand information received from California Dental Network, or to communicate with your dentist, dental office, or California Dental Network about your dental coverage and treatment, then you may request free language assistance. Call, mail or fax the plan, or go online at the plan's website.

Disponibilidad de Servicios de Asistencia de Lengua: Si usted o un miembro de su familia cubierto por un Plan de California Dental Network no hablan, leen o escriben el Inglés con suficiente aptitud para entender la información recibida de California Dental Network, o para comunicarse con su dentista, oficina dental o con California Dental Network sobre su plan y cobertura dental, entonces usted puede pedir asistencia de lenguaje, sin costo alguno por ese servicio. Llame, mande por correo o por fax al plan, o visite el sitio de internet del plan.

Quien Es Elegible?

Usted puede inscribir a su esposa y dependientes elegibles. Dependientes elegibles incluyen hijos hasta la edad de 26.

Inscribirse Es Facil

Para inscribirse en el Advantage Plan 150 de California Dental Network es facil. Solo siga estos simples pasos:

1. Haga una selección de la lista de consultorios dentales que tenemos a su disposición de Dentistas participantes.
2. Complete la solicitud de Inscripción adjunta, indicando el número del consultorio dental que ha seleccionado.
3. Entregue la solicitud completa a su Coordinador de Beneficios Grupales.

Una solicitud de Inscripción es una petición de cobertura, la cual de ser aprobada por California Dental Network, se convierte en el formulario de inscripción que se utiliza para expedirle una tarjeta de identificación y Formulario de Comprobante de Cobertura y Divulgación. Todos los beneficios, limitaciones y exclusiones se indican por completo en el Formulario de Comprobante de Cobertura y Divulgación el cual se le entrega cuando la cobertura entra en vigencia.

Tambien cubrimos Atención de Emergencia fuera del Area

Si usted tiene una emergencia y necesita recibir atención en un lugar que se encuentra a más de 50 millas de su consultorio dental asignado, no se preocupe. CDN le reintegrara hasta \$50 por año por gastos de tratamiento de emergencia fuera del área.

Limitaciones

- ◆ Tratamiento de Floruro esta cubierto una vez cada 6 meses.
- ◆ Las Radiografias Interproximales se limitan a una serie de cuatro placas cada 12 meses.
- ◆ Las Radiografias completas de toda la boca se limitan a una vez cada 24 meses.
- ◆ Los tratamientos de periodoncia (curetaje subgingival y pulido radicular) se limitan a un tratamiento por cuadrante en un periodo de 12 meses.
- ◆ Los puentes fijos se cubren sólo cuando un parcial no puede restaurar el caso en forma satisfactoria.
- ◆ El reemplazo de dentaduras parciales se limita a una vez cada cinco años.
- ◆ Limitan a uno por arco en un periodo de 12 meses.

Exclusiones

- ◆ Anestesia general, analgesia (óxido nitroso), sedación intravenosa, o los servicios de un anestesiólogo.
- ◆ Tratamiento de fracturas o dislocaciones; malformaciones congénitas; tumores malignos, quistes, o neoplasias; o Síndrome de Articulación Temporomandibular (ATM).
- ◆ Extracciones o radiografias con fines de ortodoncia.
- ◆ Medicamentos recetados y medicamentos de venta libre.
- ◆ Cualquier servicio que involucre implantes o procedimientos experimentales.
- ◆ Cualquier servicio realizado con fines cosméticos, electivos o estéticos.
- ◆ Cualquier procedimiento para reemplazar o estabilizar la pérdida de estructura dental por atrición, abrasión o erosión.

EL PLAN SIN PROBLEMAS

- Sin Deducibles!
- Sin Formularios de Reclamos!
- Sin Maximos Anuales!
- Sin Limitaciones Por La Mayoria De las Condiciones Pre-Existentes!
- Sin Periodos de Espera!

OBSERVE SUS AHORROS

Compare su costo del Advantage Plan 150 de California Dental Network con los precios de un dentista general:

Ejemplo de Plan de Tratamiento	Tarifa Promedia	Con El Plan Advantage 150	Usted Ahorra
Exámenes	\$88.00	Sin Costo	\$88.00
Limpiezas	\$93.00	Sin Costo	\$93.00
Radiografías de toda la boca	\$136.00	Sin Costo	\$136.00
Obturación, una superficie	\$142.00	Sin Costo	\$142.00
Tratamiento de conducto..	\$762.00	\$100.00	\$662.00
Corona, PFM	\$1152.00	\$150.00	\$1002.00
	\$2,373.00..	\$250.00	\$2,123.00

*2012 National Dental Advisory Service for 92653

Elija Entre Cientos De Dentistas

California Dental Network ofrece beneficios dentales integrales mediante cientos de consultorios dentales de propiedad y operacion independiente, situados convenientemente en todo California.

Referencia De Especialista

No todos los dentistas son capaz de llevar a cabo cada uno de los servicios que aparecen aqui y basados sobre las condiciones del miembro, ciertos procedimientos no van a estar a el alcance de practica o habilidad de un dentista general. En casos semejantes, el dentista general va a referir a el miembro a un especialista. Su costo por los servicios dentales de un especialista pueden variar, basado en la cobertura seleccionada por su grupo.

RESUMEN DE LOS BENEFICIOS Y Co-PAGOS DEL ADVANTAGE 150

Los Siguientes Servicios Dentales Son Beneficios Cubiertos por el co-pago especificado, UNICAMENTE cuando son proveidos por un dentista general participando con California Dental Network, el cual se puede encontrar en www.caldental.net.

I. Servicios Preventivos

	Su Co-PAGO
Visita al Consultorio.....	Sin cargo
Examen Bucal	Sin cargo
Radiografías intrabucal, serie completa	Sin cargo
Radiografías interproximales, placa individual.....	Sin cargo
Radiografia Panoramica	Sin cargo
Profilaxis (limpieza)	Sin cargo
Topica de fluor, niños.....	Sin cargo
Instruccion de higiene bucal	Sin cargo

II. Servicios de Rutina

	Su Co-PAGO
RESTAURACIONES	
Amalgama, una superficie	Sin cargo
Amalgama, dos superficies	Sin cargo
Amalgama, tres superficies	Sin cargo
Resina, una superficie anterior	\$10.00
Resina, dos superficies anterior.....	\$15.00

CIRUGIA BUCAL	
Extraccion, diente individual	Sin cargo
Extraccion quirurgica de diente erupcionado	\$30.00
Extraccion de diente impactado tejido blando	\$60.00
Extraccion de diente impactado Parcialmente oseo	\$125.00
Incision y drenaje de absceso Intraoral de tejido blando	\$60.00

ENDODONCIA	
Tapa de Pulpa, directa	Sin cargo
Tapa de Pulpa, indirecta	Sin cargo
Pulpotomia terapeutico	Sin cargo
Tratamiento de conducto de raiz, anterior	\$100.00
Tratamiento de conducto de raiz, premolar.....	\$110.00
Tratamiento de conducto de raiz, molar.....	\$235.00

PERIODONCIA	
Gingivectomia/gingivioplastia para 4 o mas dientes contiguos, por cuadrante	\$100.00
Raspado y alisado radicular, por cuadrante	\$35.00

La proporción de costos de las primas pagadas a los servicios de salud, para el plan de contratos con personas y grupos de 25 o menos miembros, durante el año fiscal anterior fue de 65%.

III. Servicios Especializados

	Su Co-PAGO
CORONAS	
Porcelana fundida con metal noble duro (no para molares).....	\$150.00
Porcelana fundida con metal noble duro (para molares)	\$225.00
Fundido completo en metal noble duro.....	\$150.00
3/4 Metal Fundido	\$150.00
Corona prefabricada de acero inoxidable (diente primario).....	\$40.00

DENTADURAS Y PROSTODONCIA	
Dentadura postiza completa superior o inferior	\$175.00
Dentadura postiza parcial superior o inferior, base de resina	\$225.00
Dentadura postiza parcial superior o inferior, base fundida de metal con soportes de resina	\$225.00
Ajuste de dentadura postiza	Sin cargo
Reparacion de base rota de dentadura postiza completa	\$15.00
Reemplazo de diente ausente o roto, dentadura postiza completa, cada diente	\$15.00
Revestimiento de dentadura postiza completa or parcial, superior or inferior (consultorio).....	\$40.00
Revestimiento de dentadura postiza completa or parcial, superior or inferior (laboratorio).....	\$40.00

*El Plan Advantage 150 cubre varias coronas y dentaduras de marca. Vea la evidencia de cobertura para detalles.

IV. Ortodoncia

CASO ESTANDAR DE 24 MESES	
Primer fase de tratamiento de ortodoncia interceptiva.....	\$1,150.00
Bandas completas, superior e inferior, hasta edad de 19	\$1,775.00
Bandas completas, superior e inferior, adultos	\$1,975.00
Bandas, superior o inferior, niños y adultos.....	\$1,000.00
Consulta	Sin cargo

V. Beneficios Cosméticos

Resina - 1 superficie, posterior	\$70.00
Blanqueado externo - por arco	\$125.00
Revestimiento frontal (porcelana laminada) - laboratorio	\$350.00
Protector oclusal - Suave.....	\$150.00



SOLITUD DE INSCRIPCIÓN En imprenta o a máquina.

No de Seguro Social	Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento	Grupo #	Eff. Date	Teléfono Particular
				/ /			()
Domicilio		Estado	Código Postal	*Idioma			
Teléfono del Trabajo ()							
Dependientes que serán cubiertos: *Aparte de Inglés, por favor indique su idioma preferido para comunicación con el plan.							
Apellido (si es diferente)	Nombre	Fecha de Nacimiento	*Idioma	Apellido (si es diferente)	Nombre	Fecha de Nacimiento	*Idioma
Cónyuge: / /				Hijo: / /			
Hijo: / /				Hijo: / /			
Hijo: / /				Hijo: / /			
Plan Grupal A150		FIRMA DEL SOLICITANTE					
Consultorio Dental seleccionado #		FECHA					

A favor de los individuos denominados anteriormente, yo por la presente solicito la inscripción en CON y certifico que la información anterior es verdad y correcta. ATENCION: FIRMANDO ESTA APLICACIÓN USTED CONCUERDA EN TENER CUALQUIER DISPUTA CON EL PLAN, INCLUSIVE NEGLIGENCIA MEDICA, DECIDIDO POR TRIBUNAL NEUTRAL, EL ARBITRAJE Y USTED RENUNCIAN A SU DERECHO CONSTITUCIONAL A UN ENSAYO DEL JURADO O EL TRIBUNAL. VEA LA EVIDENCIA DE COBERTURA Y FORMA DE DIVULGACIÓN PARA MAS DETALLES.