

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 250 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 radiografías 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 250 de California Dental Network con los precios de un dentista general:

Table with 4 columns: Ejemplo de Plan de Tratamiento, Tarifa Promedia, Con El Plan Advantage 250, and Usted Ahorra. Rows include Exámenes, Limpiezas, Radiografías, Obturación, Tratamiento de conducto, and Corona, PFM.

*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 250

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

Table with 2 columns: Service and Su Co-PAGO. Rows include Visita al Consultorio, Examen Bucal, Radiografías intrabucal, Radiografías interproximales, Radiografía Panorámica, Profilaxis, Topica de fluor, and Instruccion de higiene bucal.

II. Servicios de Rutina

Table with 2 columns: Service and Su Co-PAGO. Rows include Amalgama (1, 2, 3 superficies), Resina (1, 2 superficies), and Cirugia Bucal (Extraccion, Incision y drenaje).

Table with 2 columns: Service and Su Co-PAGO. Rows include Extraccion de diente impactado (tejido blando, impactado), Incision y drenaje de absceso (Intraoral, extraoral), and Endodoncia (Tapa de Pulpa, Pulpotomia, Tratamiento de conducto).

Table with 2 columns: Service and Su Co-PAGO. Rows include Endodoncia (Tapa de Pulpa, Pulpotomia, Tratamiento de conducto), Periodoncia (Gingivectomia, Raspado y alisado radicular), and Ortodoncia (Caso estandar de 24 meses).

Table with 2 columns: Service and Su Co-PAGO. Rows include Periodoncia (Gingivectomia, Raspado y alisado radicular) and Beneficios Cosméticos (Resina, Blanqueado externo, Revestimiento frontal, Protector oclusal).

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

Table with 2 columns: Service and Su Co-PAGO. Rows include Coronas (Porcelana fundida, Fundido completo, Corona prefabricada) and Dentaduras y Prostodoncia (Dentadura postiza completa, base de resina, Ajuste de dentadura postiza, Reparacion de base rota, Reemplazo de diente ausente, Revestimiento de dentadura postiza completa).

Table with 2 columns: Service and Su Co-PAGO. Rows include Dentaduras y Prostodoncia (Dentadura postiza completa superior o inferior, base de resina, Ajuste de dentadura postiza, Reparacion de base rota, Reemplazo de diente ausente, Revestimiento de dentadura postiza completa).

*El Plan Advantage 250 cubre varias coronas y dentaduras de marca. Vea la evidencia de cobertura para detalles.

IV. Ortodoncia

Table with 2 columns: Service and Su Co-PAGO. Rows include Caso estandar de 24 meses (Primer fase de tratamiento, Bandas completas superior e inferior, Bandas completas superior e inferior, Bandas superior o inferior, Consulta).

V. Beneficios Cosméticos

Table with 2 columns: Service and Su Co-PAGO. Rows include Beneficios Cosméticos (Resina, Blanqueado externo, Revestimiento frontal, Protector oclusal).



SOLITUD DE INSCRIPCIÓN En imprenta o a máquina.

Form fields for personal and contact information: No de Seguro Social, Apellido, Nombre, Inicial, Fecha de Nacimiento, Effic. Date, Teléfono Particular, Domicilio, Ciudad, Estado, Código Postal, *Idioma, Nombre del Empleador, Teléfono del Trabajo, Dependientes que serán cubiertos (Apellido, Nombre, Fecha de Nacimiento, *Idioma, Apellido (si es diferente), Nombre, Fecha de Nacimiento, *Idioma, Cónyuge, Hijo, Hijo, Hijo), Plan Grupal A250, Consultorio Dental seleccionado #, and Firma del Solicitante.