



ENLÍSTE AHORA! El tiempo es limitado

Usted es elegible para los beneficios de la inscripción abierta de su empleador a partir del 1 de agosto o el primero del mes siguiente a los 30 días de su fecha de contratación.



OBTENGA SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN EN DÍAS



LA COBERTURA QUE NECESITA A UN PRECIO QUE PUEDE OFRECER

COBERTURA MÉDICA BÁSICA

Basic MEC: Cubre todos los servicios preventivos al 100% e incluye descuentos en recetas

MEC Plus: Cubre todos los servicios preventivos al 100%, visitas al consultorio, atención urgente, laboratorios, radiografías y medicamentos recetados genéricos en varios copagos.

COBERTURA MÉDICA PRINCIPAL

Anthem Bronze: Este plan PPO tiene un deducible individual de \$5,600 y cubre servicios médicos que incluyen sala de emergencias y hospitalización a varios montos de copay/coseguro.

Anthem Silver: Este plan PPO tiene un deducible individual de \$1,850 y cubre servicios médicos que incluyen sala de emergencias y hospitalización a varios montos de copay/coseguro.

Los costos de estos planes se basan en la asequibilidad según lo dispuesto por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Los empleados no pagarán más del 9.78% de su salario para la cobertura de los empleados.

COBERTURA COMPLEMENTARIA

Principal Dental: Este plan PPO cubre los servicios de diagnóstico y prevención al 100%, los servicios básicos y de restauración al 80% y los servicios principales y la ortodoncia al 50%.

Principal Visión: La cobertura incluye exámenes integrales de la vista con un copago de \$10, asignaciones de marcos, lentes con un copago de \$25 o lentes de contacto con una asignación, copago, o total, según la necesidad médica.

California Dental (Solo disponible para empleados en California): Este plan HMO cubre los servicios de diagnóstico y prevención al 100%, y todos los demás servicios cubiertos a montos de copago especificados. Debe ver a un proveedor en la red dental de California.

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Nombre _____ Seguro Social _____
 Empleador _____ Fecha de contratación _____
 Fecha de nacimiento _____ Sexo Hombre Mujer
 Dirección _____ Número de teléfono _____
 _____ Email _____

INFORMACIÓN DEPENDIENTE

Nombre _____ Nombre _____
 Seguro Social _____ Seguro Social _____
 Fecha de nacimiento _____ Fecha de nacimiento _____
 Hombre Mujer Cónyuge Niño Hombre Mujer Cónyuge Niño
 Nombre _____ Nombre _____
 Seguro Social _____ Seguro Social _____
 Fecha de nacimiento _____ Fecha de nacimiento _____
 Hombre Mujer Cónyuge Niño Hombre Mujer Cónyuge Niño

ELECCIÓN DE COBERTURA

Elección Médica (elige 1)				
Tarifas semanales	Solo Empleado	Empleado/Cónyuge	Empleado/Niño(s)	Empleado/Familia
Basic MEC	<input type="checkbox"/> \$8.08	<input type="checkbox"/> \$16.15	<input type="checkbox"/> \$16.15	<input type="checkbox"/> \$24.23
MEC Plus	<input type="checkbox"/> \$23.00	<input type="checkbox"/> \$61.08	<input type="checkbox"/> \$45.07	<input type="checkbox"/> \$87.74

Utilice la siguiente página para inscribirse en los planes de Anthem.

Elecciones Complementarias				
Tarifas semanales	Solo Empleado	Empleado/Cónyuge	Empleado/Niño(s)	Empleado/Familia
Principal Dental	<input type="checkbox"/> \$10.64	<input type="checkbox"/> \$20.76	<input type="checkbox"/> \$25.92	<input type="checkbox"/> \$37.87
Principal Visión	<input type="checkbox"/> \$2.22	<input type="checkbox"/> \$3.87	<input type="checkbox"/> \$3.81	<input type="checkbox"/> \$5.49
California Dental Solo empleados de CA	<input type="checkbox"/> \$2.77	<input type="checkbox"/> \$4.90	<input type="checkbox"/> \$5.48	<input type="checkbox"/> \$7.56

renunciar a la cobertura

RECONOCIMIENTO DE EMPLEADO

Por la presente, reconozco la oferta de cobertura de seguro de salud, que proporciona la cobertura mínima esencial (MEC) y valor mínimo, para mí y mis dependientes elegibles. Si elijo cobetura, autorizo a mi empleador a hacer reducciones salariales antes de impuestos para mi parte de las primas del seguro. Entiendo que no puedo hacer cambios en mis elecciones de cobertura hasta el próximo periodo de inscripción abierta de mi empleador o debido a un evento calificador. Entiendo que si elijo renunciar a la cobertura, puedo estar sujeto a la multa del mandato individual dependiendo de me estado de residencia.

Firma _____

Fecha _____

COMPLETE SOLO SI SE INSCRIBE EN LOS PLANES MÉDICOS DE ANTHEM

INFORMACIÓN DE ELECCIONES DEL PLAN DE ANTHEM

Nombre _____

Seguro Social _____

Elección Médica (elige 1)				
Opciones	Solo Empleado	Empleado/Cónyuge	Empleado/Niño(s)	Empleado/Familia
Anthem Bronze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anthem Silver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Consulte las tarifas basadas en la edad abajo. Las tarifas finales están sujetos a cambios según la asequibilidad.

Tarifas mensuales por edad								
Edad	Bronze	Silver	Edad	Bronze	Silver	Edad	Bronze	Silver
0-14	\$305.43	\$356.22	33	\$478.31	\$557.85	49	\$681.14	\$794.40
15	\$332.58	\$387.89	34	\$484.70	\$565.30	50	\$713.08	\$831.65
16	\$342.96	\$399.99	35	\$487.90	\$569.02	51	\$744.62	\$868.44
17	\$353.35	\$412.10	36	\$491.09	\$572.75	52	\$779.36	\$908.95
18	\$364.52	\$425.14	37	\$494.28	\$576.47	53	\$814.49	\$949.93
19	\$375.70	\$438.18	38	\$497.48	\$580.20	54	\$852.42	\$994.16
20	\$387.28	\$451.68	39	\$503.87	\$587.65	55	\$890.35	\$1,038.40
21-24	\$399.26	\$465.65	40	\$510.25	\$595.10	56	\$931.47	\$1,086.36
25	\$400.86	\$467.51	41	\$519.84	\$606.28	57	\$973.00	\$1,134.79
26	\$408.84	\$476.83	42	\$529.02	\$616.99	58	\$1,017.31	\$1,186.48
27	\$418.42	\$488.00	43	\$541.80	\$631.89	59	\$1,039.27	\$1,212.09
28	\$434.00	\$506.16	44	\$557.77	\$650.51	60	\$1,083.59	\$1,263.77
29	\$446.77	\$521.06	45	\$576.53	\$672.40	61	\$1,121.92	\$1,308.49
30	\$453.16	\$528.51	46	\$598.89	\$698.48	62	\$1,147.07	\$1,337.81
31	\$462.74	\$539.69	47	\$624.04	\$727.81	63	\$1,178.62	\$1,374.60
32	\$472.32	\$550.86	48	\$652.79	\$761.34	64-99	\$1,197.78	\$1,396.95

REQUISITOS PARA EL ARBITRAJE VINCULANTE

TODAS LAS DISPUTAS ENTRE USTED Y ANTHEM BLUE CROSS Y/O ANTHEM BLUE CROSS LIFE Y HEALTH INSURANCE COMPANY, QUE INCLUYEN PERO NO SE LIMITAN A DISPUTAS RELACIONADAS CON LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO BAJO EL PLAN/LA PÓLIZA O CUALQUIER OTRO PROBLEMA RELACIONADO CON EL PLAN/ LA PÓLIZA Y RECLAMOS POR NEGLIGENCIA MÉDICA DEBEN SER RESUELTOS A TRAVÉS DE ARBITRAJE VINCULANTE, SI EL MONTO EN DISPUTA EXCEDE EL LÍMITE JURISDICCIONAL DEL TRIBUNAL DE RECLAMOS MENORES Y LA DISPUTA SE PUEDE SOMETER A ARBITRAJE VINCULANTE EN VIRTUD DE LA LEY FEDERAL Y ESTATAL VIGENTE, QUE INCLUYE PERO NO SE LIMITA A LA LEY DEL CUIDADO DE LA SALUD A BAJO PRECIO Y PROTECCIÓN AL PACIENTE. La Sección 1363.1 del Código de Salud y Seguridad de California y la Sección 10123.19 del Código de Seguros exigen divulgaciones específicas en este sentido, que incluyen las siguientes notificaciones: Se entiende que cualquier disputa en cuanto a negligencia médica, es decir en lo que se refiere a si los servicios médicos prestados en este contrato eran innecesarios o no estaban autorizados, o fueron prestados de forma inadecuada, negligente o incompetente, serán determinadas mediante sometimiento a arbitraje como lo autoriza y lo establece la ley federal y la ley de California que incluye entre otros a la Ley de la Salud a Bajo y Precio y Protección al Paciente y no mediante una acción judicial ni recurriendo a un proceso judicial salvo como lo estipule la ley de California para la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Ambas partes de este contrato, al celebrarlo, están renunciando a su derecho constitucional para que dicha disputa sea resuelta en un tribunal de justicia ante un jurado, y en vez de esto, acepten el uso del arbitraje. USTED Y ANTHEM BLUE CROSS Y/O ANTHEM BLUE CROSS LIFE Y HEALTH INSURANCE COMPANY ACEPTAN ESTAR OBLIGADOS POR ESTA DISPOSICIÓN DE ARBITRAJE. USTED RECONOCE QUE PARA LAS DISPUTAS QUE ESTÁN SUJETAS A ARBITRAJE EN VIRTUD DE LA LEY ESTATAL O FEDERAL RENUNCIA AL DERECHO A UN PROCESO JUDICIAL ANTE JURADO, AL DERECHO A UN JUICIO SIN JURADO EN VIRTUD DE LA SECCIÓN 17200 DEL CÓDIGO DE NEGOCIOS Y PROFESIONES DE CALIFORNIA Y/O AL DERECHO DE AFIRMAR Y/O PARTICIPAR EN UNA DEMANDA COLECTIVA. La aplicación de esta cláusula de arbitraje, incluida la renuncia a las demandas colectivas, será determinada en virtud de la Ley Federal de Arbitraje ("FAA", por su sigla en inglés), incluido el efecto preferente de la FAA sobre la ley estatal. Al firmar, escribir o digitar su nombre al final de este documento acepta los términos de este acuerdo y reconoce que su nombre firmado, escrito o digitado es una firma válida y vinculante.

Firma _____

Fecha _____

De acuerdo con la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA), más comúnmente conocida como Obamacare, a todos los individuos se les debe ofrecer la Cobertura mínima esencial (MEC). Basic MEC cubre todos los servicios preventivos al 100% e incluye un programa de descuento en recetas.

¡Cobertura asequible!

Aspectos destacados de su plan:
21 servicios preventivos para adultos
24 servicios adicionales para mujeres
31 servicios para niños

Servicios preventivos cubiertos 100%

Programa de descuento de recetas

La ubicación de un proveedor participante en la red PHCS comienza con el logotipo específico de la red en el frente de su tarjeta de identificación médica. Busque el logotipo de PHCS en su tarjeta y siga las instrucciones a continuación.



Por teléfono: llame al **1.888.794.7427**

En línea: visite www.multiplan.com y haga clic en "Find a Provider" ubicado en la esquina superior derecha de la página y siga los pasos a continuación.

1. Después de reconocer que ha leído el descargo de responsabilidad en la parte inferior de la pantalla, haga clic en el botón verde "Select Network"
2. Al seleccionar su red, seleccione "PHCS," luego "Preventive Services Only"
3. Ingrese uno de los criterios de búsqueda sugeridos en el cuadro de búsqueda para comenzar su búsqueda
4. Si la configuración de su navegador no permite que se detecte su ubicación, ingrese un código postal

Ahorre hasta un **80%** en todos los medicamentos recetado aprobados por la FDA en las farmacias más grades de los Estados Unidos. Simplemente proporcione su tarjeta identificación en la farmacia y ahorre

- Sin formularios de reclamo
- Sin deducibles
- Sin limitaciones ni máximos
- Sin exclusiones condiciones preexistentes



www.singlecare.com/sbma | **1.866.978.0843**

Beneficios médicos ¹	MEC Plus
Deducible anual	\$0
Gasto máximo anual (para servicios cubiertos)	\$1,850 Individual / \$3,700 familia
Preventivo / Bienestar	Cubierto 100%
Visitas de atención primaria / especialista	Copago de \$15
Atención de urgencias	Copago de \$50
Exámenes de laboratorio	Copago de \$50
Radiografías	Copago de \$50
Medicamentos genericos	Copago de \$15

¹El plan MEC Plus excluye los servicios fuera de la red y cubre SÓLO los servicios médicos enumerados anteriormente.

Servicios preventivos cubiertos 100%

Todos los demás servicios cubiertos con un copago

Descuentos adicionales de recetas

La ubicación de un proveedor participante en la red PHCS comienza con el logotipo específico de la red en el frente de su tarjeta de identificación médica. Busque el logotipo de PHCS en su tarjeta y siga las instrucciones a continuación.



Por teléfono: llame al **1.888.263.7543**

En línea: visite www.multiplan.com y haga clic en "Find a Provider" ubicado en la esquina superior derecha de la página y siga los pasos a continuación.

1. Después de reconocer que ha leído el descargo de responsabilidad en la parte inferior de la pantalla, haga clic en el botón verde "Select Network"
2. Al seleccionar su red, seleccione "PHCS," luego "Specific Services"
3. Ingrese uno de los criterios de búsqueda sugeridos en el cuadro de búsqueda para comenzar su búsqueda
4. Si la configuración de su navegador no permite que se detecte su ubicación, ingrese un código postal

Uso de su Tarjeta de Medicamentos Recetados en Farmacias Minoristas

Presente su tarjeta de médica junto con su receta médica en cualquiera de nuestras más de 67,000 farmacias minoristas cada vez que vaya a surtir sus medicamentos. Puede tener acceso a la lista de farmacias participantes en la página web www.mysmithrx.com. Para soporte adicional, llame al **1.844.454.5201**



Servicios cubiertos para adultos

1. Aneurisma aórtico abdominal de una sola vez para hombres de edades determinadas que alguna vez han fumado
2. Detección y asesoramiento de abuso de alcohol
3. Uso de aspirina para prevenir enfermedades cardiovasculares en hombres y mujeres de ciertas edades
4. Examen de presión arterial para todos los adultos
5. Examen de colesterol para adultos de ciertas edades o en mayor riesgo
6. Examen de cáncer colorrectal para adultos mayores de 50 años
7. Prueba de depresión para adultos
8. Prueba de detección de diabetes (tipo 2) para adultos con presión arterial alta
9. Asesoramiento dietético para adultos con mayor riesgo de enfermedad crónica
10. Prevención de caídas (con ejercicio o fisioterapia y uso de vitamina D) para adultos de 65 años o mayores
11. Examen de detección de hepatitis B para personas con mayor riesgo
12. Detección de hepatitis C para adultos con mayor riesgo, y una vez para todos los nacidos entre 1945 y 1965
13. Prueba de detección del VIH para todas las edades de 15 a 65 años, y otras edades con mayor riesgo
14. Vacunas de inmunización para adultos: dosis, edades recomendadas y poblaciones recomendadas varían: Hepatitis A, Hepatitis B, Herpes zoster, virus del papiloma humano, influenza (vacuna antigripal), sarampión, paperas, rubéola, meningococo, neumococo, tétano, difteria, tos ferina, varicela
15. Detección de cáncer de pulmón para adultos de 55 a 80 años con alto riesgo de cáncer de pulmón porque son fumadores empedernidos o han dejado de fumar en el pasado 15 años
16. Detección de obesidad y asesoramiento para todos los adultos
17. Consejería de prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) para adultos con mayor riesgo
18. Medicamentos preventivos con estatinas para adultos de 40 a 75 años con mayor riesgo
19. Examen de sífilis para todos los adultos en mayor riesgo
20. Examen del uso de tabaco para todos los adultos y las intervenciones para dejar de fumar para los consumidores de tabaco
21. Examen de tuberculosis para ciertos adultos con síntomas de mayor riesgo

Servicios cubiertos para mujeres

1. Detección de anemia de rutina para mujeres embarazadas
2. Asesoramiento sobre pruebas genéticas del cáncer de mama (BRCA) para mujeres con mayor riesgo de cáncer de mama
3. Pruebas de mamografía de cáncer de mama cada 1 a 2 años para mujeres mayores de 40 años
4. Asesoramiento sobre quimioprevención de cáncer de mama para mujeres con mayor riesgo
5. Asistencia integral y asesoramiento de amamantamiento por parte de proveedores capacitados y acceso a suministros de lactancia materna para mujeres embarazadas y lactantes
6. Prueba de detección del cáncer de cuello uterino para mujeres sexualmente activas
7. Detección de infección por Chlamydia en mujeres más jóvenes y otras mujeres con mayor riesgo
8. Anticoncepción: métodos anticonceptivos aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos, procedimientos de esterilización y educación y asesoramiento para pacientes, según lo prescrito por un proveedor de atención médica para mujeres con capacidad reproductiva (sin incluir medicamentos abortivos). Esto no se aplica a los planes de salud patrocinados por ciertos "empleadores religiosos" exentos.
9. Examen de diabetes para mujeres con antecedentes de diabetes gestacional que actualmente no están embarazadas y no previamente diagnosticadas con diabetes tipo 2
10. Exámenes de detección de violencia doméstica e interpersonal para todas las mujeres
11. Suplementos de ácido fólico para mujeres que pueden quedar embarazadas
12. Examen de diabetes gestacional para mujeres de 24 a 28 meses de embarazo y personas con alto riesgo de desarrollar diabetes gestacional
13. Examen de gonorrea para todas las mujeres con mayor riesgo
14. Examen de hepatitis B para mujeres embarazadas en su primera visita prenatal
15. Detección de VIH y asesoramiento
16. Prueba de ADN del virus del papiloma humano (VPH) cada 3 años para mujeres con resultados citológicos normales que tienen 30 años o más

Servicios cubiertos para mujeres (continuada)

17. Pruebas de osteoporosis para mujeres mayores de 60 años según los factores de riesgo
18. Prevención y detección de preeclampsia para mujeres embarazadas y pruebas de seguimiento para mujeres con mayor riesgo
19. Prueba de incompatibilidad Rh para todas las mujeres embarazadas y pruebas de seguimiento para mujeres con mayor riesgo
20. Asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual para mujeres sexualmente activas
21. Examen de sífilis para todas las mujeres embarazadas u otras mujeres con mayor riesgo
22. Pruebas e intervenciones de uso del tabaco para todas las mujeres y asesoramiento ampliado para las usuarias embarazadas de tabaco
23. Exploración del tracto urinario u otra infección para mujeres embarazadas
24. Visitas de mujeres sanas para obtener servicios recomendados para mujeres menores de 65 años

Servicios cubiertos para niños

1. Evaluaciones del uso de alcohol y drogas para adolescentes
2. Examen de autismo para niños a los 18 y 24 meses
3. Evaluaciones del comportamiento para niños de las siguientes edades: de 0 a 11 meses, de 1 a 4 años, de 5 a 10 años, de 11 a 14 años, de 15 a 17 años.
4. Examen de concentración de bilirrubina para recién nacidos
5. Examen de presión arterial para niños de las siguientes edades: de 0 a 11 meses, de 1 a 4 años, de 5 a 10 años, de 11 a 14 años, de 15 a 17 años.
6. Exámenes de sangre para recién nacidos
7. Detección de displasia cervical para mujeres sexualmente activas
8. Prueba de depresión para adolescentes
9. Evaluación del desarrollo para niños menores de 3 años
10. Examen de dislipidemia para niños con mayor riesgo de trastornos lipídicos en las siguientes edades: 1 a 4 años, 5 a 10 años, 11 a 14 años, 15 a 17 años.
11. Suplementos de quimioprevención con flúor para niños sin flúor en su fuente de agua
12. Barniz de flúor para bebés y niños tan pronto como estén presentes los dientes.
13. Medicamento preventivo contra la gonorrea para los ojos de todos los recién nacidos
14. Examen auditivo para todos los recién nacidos; y para niños una vez entre 11 y 14 años, una vez entre 15 y 17 años, y una vez entre 18 y 21 años
15. Medidas de altura, peso y índice de masa corporal para niños de las siguientes edades: de 0 a 11 meses, de 1 a 4 años, de 5 a 10 años, de 11 a 14 años, de 15 a 17 años.
16. Prueba de hematocrito o hemoglobina para niños
17. Hemoglobinopatías o detección de células falciformes para recién nacidos
18. Examen de detección de hepatitis B para adolescentes de 11 a 17 años con alto riesgo
19. Prueba de detección del VIH para adolescentes con mayor riesgo
20. Prueba de detección de hipotiroidismo en recién nacidos
21. Vacunas de inmunización para niños desde el nacimiento hasta los 18 años: dosis, edades recomendadas y poblaciones recomendadas: difteria, tétanos, tos ferina, Haemophilus influenzae tipo b, hepatitis A, hepatitis B, virus del papiloma humano, virus de polio inactivado, influenza (vacuna antigripal), sarampión, Meningocócica, Neumocócica, Rotavirus, Varicela
22. Suplementos de hierro para niños de 6 a 12 meses con riesgo de anemia
23. Prueba de plomo para niños en riesgo de exposición
24. Examen de depresión materna para madres de bebés en visitas de 1, 2, 4 y 6 meses
25. Historial médico para todos los niños durante el desarrollo en las siguientes edades: de 0 a 11 meses, de 1 a 4 años, de 5 a 10 años, de 11 a 14 años, de 15 a 17 años.
26. Detección de obesidad y asesoramiento
27. Evaluación del riesgo de salud oral para niños pequeños Edades: 0 a 11 meses, 1 a 4 años, 5 a 10 años.
28. Phenylketonuria (PKU) detección de este trastorno genético en recién nacidos
29. Asesoramiento y detección de prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) para adolescentes con mayor riesgo
30. Prueba de tuberculina para niños con mayor riesgo de tuberculosis en las siguientes edades: de 0 a 11 meses, de 1 a 4 años, de 5 a 10 años, de 11 a 14 años, de 15 a 17 años.
31. Examen de la vista para todos los niños.

Para obtener más información sobre los servicios cubiertos, visite:
<https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/>

COMPARACIÓN DE BENEFICIOS DE Anthem[®]

Categoría de beneficio	Bronze	Silver
Deducible	\$5,600 individual / \$11,200 familia	\$1,850 individual / \$3,700 familia
Gasto máximo	\$8,150 individual / \$16,300 familia	\$8,150 individual / \$16,300 familia
Preventivo / Bienestar	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%
Visitas de atención primaria	\$40 / visita	\$55 / visita
Visitas de especialista	\$80 / visita	\$85 / visita
Pruebas diagnósticas (laboratorios / radiografías)	Cubierto al 60% después del deducible	\$55 / prueba
Imagen (CT, PET, MRI)	\$100 / servicio, entonces cubierto al 60% después del deducible	\$100 / servicio, entonces cubierto al 65% después del deducible
Servicios de emergencia	\$200 / visit, entonces cubierto al 60% después del deducible	\$350 / visit, entonces cubierto al 65% después del deducible
Transporte de emergencia	Cubierto al 60% después del deducible	Cubierto al 65% después del deducible
Atención de urgencias	Cubierto al 60% después del deducible	\$85 / visita
Cirugía ambulatoria (honorarios de facilidad / médicos)	Cubierto al 60% después del deducible	Cubierto al 65% después del deducible
Hospitalización / cirugía para pacientes hospitalizados (honorarios de facilidad / médicos)	Cubierto al 60% después del deducible	Cubierto al 65% después del deducible
Servicios ambulatorios de salud mental, del comportamiento o abuso de sustancias	Cubierto al 60% después del deducible	Tarifa de visita, entonces cubierto al 65% después del deducible
Servicios de salud mental, del comportamiento o abuso de sustancias para pacientes hospitalizados	Cubierto al 60% después del deducible	Cubierto al 65% después del deducible
Atención domiciliaria / enfermería especializada	Cubierto al 60% después del deducible	Cubierto al 65% después del deducible
Maternidad	Sin cargo por visitas al consultorio, honorarios de facilidad / médicos cubiertos al 60% después del deducible	Sin cargo por visitas al consultorio, honorarios de facilidad / médicos cubiertos al 65% después del deducible
Cobertura de medicamentos recetados	Bronze	Silver
Deducible de medicamentos recetados	\$0	\$300 individual / \$600 familia
Nivel 1 – típicamente genérico	\$20 / receta	\$20 / receta
Nivel 2 – típicamente marca preferida	\$60 / receta	\$50 / receta (sujeto a deducible)
Nivel 3 – típicamente marca no preferida	\$100 / receta	\$90 / receta (sujeto a deducible)
Nivel 4 – típicamente especialidad preferida	Cubierto al 70% hasta \$500 / receta	Cubierto al 70% hasta \$250 / receta (sujeto a deducible)

Esta no es una lista completa de servicios cubiertos, exclusiones o limitaciones. Un resumen completo de beneficios y cobertura (SBC) está disponible a pedido.

El seguro dental puede ayudarlo a maximizar su salud bucal y minimizar los costos de su propio bolsillo para chequeos dentales de rutina, procedimientos costosos y la mayoría de las cosas intermedias. El plan PPO ofrece la flexibilidad de visitar a cualquier dentista con licencia, por lo que está seguro de que encontrará un proveedor que satisfaga sus necesidades.

- Gran red de dentistas, y la libertad de visitar a cualquier dentista dentro o fuera de la red.
- Ahorros adicionales cuando visita a un dentista participante. Los dentistas participantes acordaron aceptar las tarifas negociadas por los servicios cubiertos, que suelen ser un 30-45% menos que las tarifas promedio cobradas por los dentistas en la misma comunidad.
- Sin papeleo dentro o fuera de la red, si su dentista presenta reclamos por usted.

Beneficios dentales	En red	Fuera de la red
Deducible anual	\$50 individual / \$150 familia	\$50 individual / \$150 familia
Beneficio máximo anual	\$1,500 por asegurado	\$1,500 por asegurado
Diagnóstico y preventivo		
Exámenes / Limpiezas (2 por año) Radiografías básicos (1 por 12 meses) Radiografías completas (1 por 60 meses)	Cubierto al 100% (deducible renunciado)	Cubierto al 100% (sujeto a deducible)
Servicios básicos		
Empastes y coronas de acero inoxidable Extracciones básicos / Cirugía oral Endodoncias	Cubierto al 80%	Cubierto al 80%
Servicios principales		
Coronas (cada 60 meses por diente) Incrustaciones dentales (cada 60 meses por diente) Puentes (una vez cada 60 meses) Anestesia general (si es necesaria) Implantes (cada 60 meses) Dentaduras postizas (cada 60 meses)	Cubierto al 50%	Cubierto al 50%
Ortodoncia (solo niños)	Beneficio máximo por vida de \$1,000	Beneficio máximo por vida de \$1,000

Esta no es una lista completa de los servicios cubiertos. Para solicitar una lista completa de servicios cubiertos, exclusiones y limitaciones, comuníquese con el número de teléfono a continuación.

Localizar proveedores participantes

1. Visite www.principal.com/dentist
2. Debajo de "Find a dentist" clic "Search for a dentist"
3. Comience su búsqueda eligiendo el estado donde desea encontrar un proveedor. A continuación, especifique una red. Dependiendo de la red elegida, puede ser transferido a un sitio asociado.
4. Ingrese el nombre del proveedor que está buscando un dentista cercano, ingrese la ciudad y el estado y/o el código postal. Asegúrese de indicar qué tan lejos está dispuesto a viajar.
5. Seleccione la especialidad deseada o use el valor predeterminado sin preferencia de especialidad.
6. Seleccione un idioma de su preferencia que no sea inglés. Haz clic en continuar.

Para asistencia adicional, llame al (800) 247-4695

El seguro de visión ayuda a proteger su vista y su salud, con menores gastos de bolsillo para usted.

- Save Ahorre en una amplia gama de servicios que son beneficios estándar de este plan, incluidos exámenes de la vista de rutina, anteojos, y lentes de contacto. Además, ahorros adicionales en gafas del sol sin receta, y corrección de visión con láser.
- Conveniencia de visitar a cualquier profesional de la visita con licencia, o elija entre miles de oftalmólogos y ópticos participantes en la red VSP.

Beneficios de visión	En red	Fuera de la red	Frecuencia
Examen ocular de rutina	Copago de \$10	Asignación de \$49	Una vez por 12 meses
Marcos para anteojos			
Un par de marcos de anteojos	Asignación de \$130 (luego un 20% de descuento en el saldo restante)	Asignación de \$70	Una vez por 12 meses
Lentes para anteojos (en lugar de lentes de contacto)			
Unifocales	Copago de \$25	Asignación de \$30	Una vez por 12 meses
Bifocales	Copago de \$25	Asignación de \$50	Una vez por 12 meses
Trifocales	Copago de \$25	Asignación de \$65	Una vez por 12 meses
Lentes de contacto (en lugar de lentes para anteojos)			
Ajuste de contacto y evaluación	Copago máximo de \$60	Aplicado a la asignación de lentes de contacto	Una vez por 12 meses
Optativos descartables	Asignación de \$130	Asignación de \$105	Una vez por 12 meses
No optativos (medicamentos necesarios)	Cubierto 100% después del copago	Asignación de \$210	Una vez por 12 meses

Esta no es una lista completa de los servicios cubiertos. Para solicitar una lista completa de servicios cubiertos, exclusiones y limitaciones, comuníquese con el número de teléfono a continuación.

Localizar proveedores participantes



Use el directorio de proveedores en www.vsp.com para ubicar a los proveedores de VSP cercanos o para ver si su profesional actual de atención ocular participa en la red de VSP,

Para asistencia adicional, llame al (800) 877-7195

Advantage 150 Plus

- ❖ Los siguientes procedimientos son beneficios cubiertos solo cuando son proporcionados por un dentista general participante y están sujetos a limitaciones, exclusiones y normas del plan.
- ❖ Los miembros deben seleccionar y ser asignados a un consultorio dental contratado por el plan de la Red Dental de California (CDN) para utilizar los beneficios cubiertos.
- ❖ Los copagos de los miembros se pagan a la oficina dental en el momento de los servicios.
- ❖ Este programa no garantiza beneficios. Todos los servicios están sujetos a elegibilidad y necesidad dental en el momento del servicio.
- ❖ Los procedimientos dentales que no figuran en la lista están disponibles a la tarifa habitual de la oficina del dentista. (Tenga en cuenta que esta no es una lista completa de los servicios cubiertos)

Características del plan	Información de beneficios / Su costo por servicios
Deducible anual	\$0
Beneficio máximo anual	No aplica
Servicios de diagnóstico y preventivos (evaluaciones/limpiezas – 1 por 6 meses, radiografías básicas)	Cubierto al 100%
Evaluaciones/limpiezas adicionales	\$45 adultos / \$35 niños
Selladores	\$5 por diente
Espaciadores	\$35-\$55 dependiendo del tipo y ubicación
Servicios restaurativos	\$0-\$150 dependiendo del tipo y número de superficies
Empastes	\$90-\$250 dependiendo del tipo y número de superficies
Coronas	\$150-\$300 dependiendo del tipo
Coronas alternativas	\$645-\$900 dependiendo del material
Endodoncias	\$100-\$235/diente dependiendo del diente
Dentadura postiza	\$600-\$650 para superior/inferior \$1,200-\$1,300 para la boca llena
Puentes	\$645-\$900 dependiendo del tipo
Ortodoncia (cubierta hasta 24 meses de tratamiento activo)	\$1,000-\$1,975 dependiendo del tipo de tratamiento

Este no es una lista completa de servicios cubiertos, exclusiones y limitaciones, consulte la información a continuación.

Para obtener más información sobre el plan California Dental Advantage 150 Plus, incluido un programa completo de beneficios e información sobre cómo localizar un proveedor de CDN, visite www.caldental.net o llame al (877) 433-6825.