

NOVATECH

Esta notificación es para informarle que usted, y sus dependientes calificados, son elegibles para beneficios bajo la inscripción abierta de su empleador a partir del 1 de agosto o el primero del mes después de 60 días a partir de la fecha de contratación.

Si decide rechazar la cobertura, por favor complete el reconocimiento de recibo, marque la casilla en la parte inferior de esta página e ignore el contenido restante de esta guía. Si decide rechazar la cobertura, no podrá inscribirse en los beneficios hasta la próxima inscripción abierta o debido a un evento que califique.

COBERTURA ESENCIAL MINIMA (MEC)

De acuerdo con el Affordable Care Act (ACA), más comúnmente conocida como Obamacare, todas las personas deben ser ofrecidas por lo menos (MEC). MEC cubre 17 servicios preventivos para adultos, 22 servicios adicionales para mujeres y 26 servicios para niños.

OPCIONES DE COBERTURA

MEC Basic: Este plan cubre ÚNICAMENTE servicios preventivos como se describe en la ley Affordable Care Act (ACA) al 100%. MEC Basic NO cubre ningún servicio médico adicional. MEC incluye descuentos por prescripción a través de SingleCare®.

MEC Plus: Cubre los servicios preventivos al 100% y proporciona servicios médicos adicionales como visitas al consultorio, atención urgente, laboratorios, radiografías y medicamentos recetados genéricos en varios copagos. Nota: MEC Plus no cubre la hospitalización, los procedimientos quirúrgicos, la sala de emergencias o servicios fuera de la red.

Anthem® Bronze PPO*: Este plan PPO tiene un deducible individual de \$5,600 y cubre servicios médicos en varios montos de copago/coseguro.

Anthem® Silver PPO*: Este plan PPO tiene un deducible individual de \$1,750 y cubre servicios médicos en varios montos de copago/coseguro.

California Dental HMO (ONLY AVAILABLE TO EMPLOYEES IN CALIFORNIA): La cobertura incluye servicios de diagnóstico y preventivos al 100%, y todos los demás servicios a montos de copago específicos (consulte el resumen de beneficios adjunto para obtener más detalles). Tenga en cuenta que debe consultar a un proveedor de la Red Dental de California.

Principal® PPO Dental: La cobertura incluye servicios de diagnóstico y prevención al 100%, servicios básicos y de restauración al 80% y servicios mayores y ortodoncia al 50%.

Principal® Vision: La cobertura incluye exámenes oculares completos con un copago de \$10, asignaciones de marcos, lentes con un copago de \$25 o lentes de contacto a una asignación o un copago máximo de \$25 dependiendo de la necesidad médica.

*Los planes de valor mínimo están sujetos a la asequibilidad. Los empleados no pagarán más del 9.86% de su pago para la cobertura solo para empleados.

RECONOCIMIENTO DE RECIBO

Yo, _____, por la presente acuse de recibo la oferta de beneficios del seguro de salud.

Me han proporcionado la guía de inscripción y la información correspondiente a la aplicación y los plazos de inscripción abierta. Se me ha ofrecido un plan para mí y mis dependientes que proporciona la cobertura esencial mínima (MEC) y los planes de valor mínimo. Entiendo que el costo para mí no será mayor que el 9.86% de mi salario para la cobertura sólo empleados.

Autorizo a mi empleador a hacer reducciones salariales antes de impuestos para mi parte de las primas de seguro grupales. Entiendo:

- No puedo cambiar esta elección durante el año del plan a menos que tenga un cambio de estado según lo dispuesto en el Código y el Reglamento de Rentas Internas.
- Mis beneficios de Seguro Social se pueden reducir con esta elección.
- Esta elección reemplaza cualquier elección anterior y terminará en el primero de (1) cuando ya no se me pague una indemnización en un monto al menos igual a mi reducción total de salario o (2) finalización del plan
- Mi empleador puede reducir o cancelar esta elección si es necesario para cumplir con las disposiciones del Código de Rentas Internas.

Entiendo que si rechazo la cobertura médica, estaré no podré inscribirme en los beneficios hasta el próximo período de inscripción abierta o debido a un evento que califique.

Signature _____

Date ____ / ____ / ____

Name _____

Social Security Number _____ - _____ - _____

DECLINE COVERAGE

INFORMACION DEL EMPLEADO

Nombre _____ Numero de Seguro Social _____ - _____ - _____
 Nombre del Empleador _____ Fecha de contratación ____ / ____ / _____
 Fecha de nacimiento ____ / ____ / _____ Sexo M F
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado ____ Cod _____

INFORMACIONES DE LOS DEPENDIENTES

Nombre _____ Numero de Seguro Social _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / _____ Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Relación <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Niños	Nombre _____ Numero de Seguro Social _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / _____ Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Relación <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Niños
Nombre _____ Numero de Seguro Social _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / _____ Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Relación <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Niños	Nombre _____ Numero de Seguro Social _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / _____ Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Relación <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Niños

MEDICO
MEC BASIC

- | | | | |
|---|---------------------------|---|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> \$5.77/semana | Empleado solamente | <input type="checkbox"/> \$11.54/semana | Empleado + Cónyuge |
| <input type="checkbox"/> \$11.54/semana | Empleado + Niños | <input type="checkbox"/> \$17.31/semana | Empleado + Familia |

MEC PLUS

- | | | | |
|---|---------------------------|---|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> \$20.00/semana | Empleado solamente | <input type="checkbox"/> \$55.03/semana | Empleado + Cónyuge |
| <input type="checkbox"/> \$39.07/semana | Empleado + Niños | <input type="checkbox"/> \$78.74/semana | Empleado + Familia |

ANTHEM® BRONZE*

*Las tarifas de los planes de Anthem® se basan en la edad y están sujetas a la asequibilidad. Consulte la página de reate en esta guía y pregunte a su empleador por las tarifas finales.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Empleado solamente | <input type="checkbox"/> Empleado + Cónyuge |
| <input type="checkbox"/> Empleado + Niños | <input type="checkbox"/> Empleado + Familia |

ANTHEM® SILVER*

*Las tarifas de los planes de Anthem® se basan en la edad y están sujetas a la asequibilidad. Consulte la página de reate en esta guía y pregunte a su empleador por las tarifas finales.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Empleado solamente | <input type="checkbox"/> Empleado + Cónyuge |
| <input type="checkbox"/> Empleado + Niños | <input type="checkbox"/> Empleado + Familia |

DECLARACION DEL EMPLEADO

Declaro que la información proporcionada arriba es completa y exacta. Entiendo que un agente o corredor no puede garantizar la cobertura, revisar las tasas, beneficios o provisiones sin la aprobación por escrito de SBMA. **Por favor revise los resúmenes de precios y beneficios antes de finalizar sus selecciones.**

 **Firma** _____

Fecha ____ / ____ / _____

INFORMACION DEL EMPLEADO

Nombre _____

Numero de Seguro Social _____ - _____ - _____

DENTAL
CALIFORNIA DENTAL HMO
 (SOLO DISPONIBLE PARA EMPLEADOS EN CALIFORNIA)

- | | | | |
|--|--------------------|--|--------------------|
| <input type="checkbox"/> \$2.77/semana | Empleado solamente | <input type="checkbox"/> \$4.90/semana | Empleado + Cónyuge |
| <input type="checkbox"/> \$5.48/semana | Empleado + Niños | <input type="checkbox"/> \$7.56/semana | Empleado + Familia |

PRINCIPAL® PPO DENTAL

- | | | | |
|---|--------------------|---|--------------------|
| <input type="checkbox"/> \$10.64/semana | Empleado solamente | <input type="checkbox"/> \$20.76/semana | Empleado + Cónyuge |
| <input type="checkbox"/> \$25.92/semana | Empleado + Niños | <input type="checkbox"/> \$37.87/semana | Empleado + Familia |

VISION
PRINCIPAL® VISION

- | | | | |
|--|--------------------|--|--------------------|
| <input type="checkbox"/> \$2.22/semana | Empleado solamente | <input type="checkbox"/> \$3.87/semana | Empleado + Cónyuge |
| <input type="checkbox"/> \$3.81/semana | Empleado + Niños | <input type="checkbox"/> \$5.49/semana | Empleado + Familia |

Beneficios médicos	MEC BASIC*
Deducible anual	\$0
Preventivo / Bienestar	Cubierto 100%
Visitas de atención primaria o especialista	Solo preventivo de lo contrario no está cubierto
Emergencias / urgencias / hospital	No cubierto
Exámenes de laboratorio	Solo preventivo de lo contrario no está cubierto
Rayos x / imágenes diagnósticos	No cubierto
Programa de descuento de recetas**	Incluido

*MEC Basic excluye servicios fuera de la red y cubre ÚNICAMENTE los servicios preventivos detallados en la página de servicios cubiertos.

**Para obtener más información sobre el programa de descuentos en medicamentos recetados, comuníquese con SingleCare al (866) 978-2843 o visite www.singlecare.com/sbma



Para localizar proveedores que participan en la red de PHCS de MultiPlan, llame al (888) 794-7427 o 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 "Seleccionar red."
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.



Beneficios médicos	MEC PLUS*
Deducible anual	\$0
Cantidad máxima que usted paga cada año	\$1,850 individual / \$3,700 familia
Preventivo / Bienestar	cubierto 100%
Visitas de oficina	\$15 copago
Atención de urgencias	\$50 copago
Emergencias / hospital	No cubierto
Exámenes de laboratorio	\$50 copago
Rayos x	\$50 copago
Medicamentos genericos	\$5 copago

*El plan MEC Plus excluye los servicios fuera de la red y cubre SÓLO los servicios médicos enumerados anteriormente. Este plan no cubre la hospitalización, los servicios quirúrgicos, la atención en sala de emergencias, las imágenes avanzadas o los medicamentos recetados de marca o especializados



Para localizar proveedores que participan en la red de PHCS de MultiPlan, llame al (888) 263-7543 o 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 "Seleccionar red."
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.



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. Detección de hepatitis C para adultos con mayor riesgo, y una vez para todos los nacidos entre 1945 y 1965
11. Prueba de detección del VIH para todas las edades de 15 a 65 años, y otras edades con mayor riesgo
12. 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
13. 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
14. Detección de obesidad y asesoramiento para todos los adultos
15. Consejería de prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) para adultos con mayor riesgo
16. Examen de sífilis para todos los adultos en mayor riesgo
17. Examen del uso de tabaco para todos los adultos y las intervenciones para dejar de fumar para los consumidores de tabaco

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. Exámenes de detección de violencia doméstica e interpersonal para todas las mujeres
10. Suplementos de ácido fólico para mujeres que pueden quedar embarazadas
11. Examen de diabetes gestacional para mujeres de 24 a 28 meses de embarazo y personas con alto riesgo de desarrollar diabetes gestacional
12. Examen de gonorrea para todas las mujeres con mayor riesgo
13. Prueba de hepatitis B para mujeres embarazadas en su primera visita prenatal
14. Detección de VIH y asesoramiento
15. 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 (continuar)

16. Pruebas de osteoporosis para mujeres mayores de 60 años según los factores de riesgo
17. Prueba de incompatibilidad Rh para todas las mujeres embarazadas y pruebas de seguimiento para mujeres con mayor riesgo
18. Asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual para mujeres sexualmente activas
19. Examen de sífilis para todas las mujeres embarazadas u otras mujeres con mayor riesgo
20. Pruebas e intervenciones de uso del tabaco para todas las mujeres y asesoramiento ampliado para las usuarias embarazadas de tabaco
21. Exploración del tracto urinario u otra infección para mujeres embarazadas
22. 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 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.
5. Detección de displasia cervical para mujeres sexualmente activas
6. Prueba de depresión para adolescentes
7. Evaluación del desarrollo para niños menores de 3 años
8. 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.
9. Suplementos de quimioprevención con flúor para niños sin flúor en su fuente de agua
10. Medicamento preventivo contra la gonorrea para los ojos de todos los recién nacidos
11. Examen auditivo para todos los recién nacidos
12. 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.
13. Prueba de hematocrito o hemoglobina para niños
14. Hemoglobinopatías o detección de células falciformes para recién nacidos
15. Prueba de detección del VIH para adolescentes con mayor riesgo
16. Prueba de detección de hipotiroidismo en recién nacidos
17. 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, poliovirus inactivado, influenza (vacuna antigripal), sarampión, Meningocócica, Neumocócica, Rotavirus, Varicela
18. Suplementos de hierro para niños de 6 a 12 meses con riesgo de anemia
19. Prueba de plomo para niños en riesgo de exposición
20. 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.
21. Detección de obesidad y asesoramiento
22. Evaluación del riesgo de salud oral para niños pequeños Edades: 0 a 11 meses, 1 a 4 años, 5 a 10 años.
23. Fenylketonuria (PKU) detección de este trastorno genético en recién nacidos
24. Asesoramiento y detección de prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) para adolescentes con mayor riesgo
25. 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.
26. Examen de la vista para todos los niños.

Este plan no brinda cobertura por enfermedad, hospitalización o beneficios quirúrgicos. Los beneficios no están limitados al horario anterior. Para obtener más información sobre los servicios cubiertos, visite: <https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/>

Beneficios cubiertos	Bronze	Silver
Deducible	\$5,00 individual / \$11,200 familia	\$1,500 individual / \$3,500 familia
Máximo de desembolso	\$7,900 individual / \$15,800 familia	\$7,700 individual / \$15,400 familia
Preventivo / Bienestar	Cubierto 100%	Cubierto 100%
Visitas de atención primaria	\$40/visita para las primeras 3 visitas (deducible no se aplica), entonces \$40/visita	\$55/visita (deducible no se aplica)
Visitas de especialistas	\$80/visita para las primeras 3 visitas (deducible no se aplica), entonces \$80/visita	\$80/visita (deducible no se aplica)
Exámenes de laboratorio/rayos-x	Cubierto 60%	Cubierto 65%
Diagnóstico por imágenes (CT / PET / MRI)	Cubierto 60%	Cubierto 65%
Cuidado de la sala de emergencia	\$200/visita entonces cubierto 60%	\$300/visita entonces cubierto 65%
Transporte de emergencia	Cubierto 60%	Cubierto 65%
Visitas de cuidado urgente	Cubierto 60%	\$80/visita (deducible no se aplica)
Honorarios del hospital/médico	Cubierto 60%	Cubierto 65%
Hospital ambulatorio/cirugía	Cubierto 60%	Cubierto 65%
Servicios de salud mental/del compartamiento y abuso de sustancias	Cubierto 60%	Servicio ambulatorio - \$55/visita entonces cubierto 65% Hospitalización - Cubierto 65%
Salud domiciliaria, rehabilitación, habilitación y enfermería especializada	Cubierto 60%	Cubierto 65%
Equipo médico duradero	Cubierto 50%	Cubierto 50%
Servicios de hospicio	Cubierto 100%	Cubierto 100%
Parto	Visitas a la oficina - sin cargo Honorarios de instalación/médico - cubierto 60%	Visitas a la oficina - sin cargo Honorarios de instalación/médico - cubierto 65%
Beneficios de medicamentos recetados	Bronze	Silver
Nivel 1a - Genérico de menor costo (deducible no se aplica)	\$10/Receta al por menor \$25/entrega a domicilio	\$5/Receta al por menor \$13/entrega a domicilio
Nivel 1b - Genérico	\$20/Receta al por menor \$50/entrega a domicilio	\$20/Receta al por menor \$50/entrega a domicilio (deducible no se aplica)
Nivel 2 - Marca preferida	\$60/Receta al por menor \$180/entrega a domicilio	\$50/Receta al por menor \$150/entrega a domicilio
Nivel 3 - Marca no preferida	\$100/Receta al por menor \$300/entrega a domicilio	\$90/Receta al por menor \$270/entrega a domicilio
Nivel 4 - Especialidad	Cubierto 70% hasta \$500 máxima receta al por menor y entrega a domicilio	Cubierto 70% up to \$250 máxima receta al por menor y entrega a domicilio



Tarifas semanales agrupadas por edad

Edad	Anthem Blue Cross Bronze PPO 5600	Anthem Blue Cross Silver PPO 1750
0 -14	69.47	78.19
15 -15	75.64	85.14
16 -16	78.00	87.80
17 -17	80.36	90.45
18 -18	82.91	93.32
19 -19	85.45	96.18
20 -20	88.08	99.14
21 -24	90.81	102.21
25 -25	91.17	102.62
26 -26	92.98	104.66
27 -27	95.16	107.11
28 -28	98.70	111.10
29 -29	101.61	114.37
30 -30	103.06	116.01
31 -31	105.24	118.46
32 -32	107.42	120.91
33 -33	108.78	122.44
34 -34	110.24	124.08
35 -35	110.96	124.90
36 -36	111.69	125.72
37 -37	112.42	126.53
38 -38	113.14	127.35
39 -39	114.60	128.99
40 -40	116.05	130.62
41 -41	118.23	133.08
42 -42	120.32	135.42
43 -43	123.22	138.70
44 -44	126.86	142.78
45 -45	131.12	147.59
46 -46	136.21	153.31
47 -47	141.93	159.75
48 -48	148.47	167.11
49 -49	154.91	174.37
50 -50	162.18	182.54
51 -51	169.35	190.62
52 -52	177.25	199.51
53 -53	185.24	208.50
54 -54	193.87	218.21
55 -55	202.50	227.92
56 -56	211.85	238.45
57 -57	221.29	249.08
58 -58	231.37	260.43
59 -59	236.37	266.05
60 -60	246.45	277.39
61 -61	255.16	287.20
62 -62	260.88	293.64
63 -63	268.06	301.72
64 -99	272.42	306.62

El plan sin problemas

- Sin deducibles
 - Sin formularios de reclamo
 - Sin máximos anuales
 - Sin limitaciones en la mayoría de las condiciones preexistentes
 - Sin períodos de espera para ver a un dentista
- ❖ 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	En Red
Deducible anual	\$0
Beneficio máximo anual	N/A
Servicios de diagnóstico y prevención (limpieza, rayos x, exámenes)	Cubierto 100%
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 de fusión
Coronas alternativas	\$645-\$900 dependiendo del tipo de materiales utilizados
Endodoncias	\$100-\$235 dependiendo del tipo de diente
Dentadura postiza	\$15-\$225 dependiendo del tipo y ubicación
Implantes	\$450-\$1,500 dependiendo del tipo

Para obtener más información, incluyendo un programa completo de beneficios e información sobre cómo localizar un proveedor de CDN, visite www.caldental.net o llame al (877) 4DENTAL

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.

Características del Plan	En Red	Fuera de la Red
Deducible anual	\$50 individual / \$150 familia	\$50 individual / \$150 familia
Beneficio máximo anual	\$1,500	\$1,500
Servicios de diagnóstico y prevención (limpieza, rayos x, exámenes)	Cubierto 100% (deducible extento)	Cubierto 100% (sujeto a deducible)
Servicios básicos y restaurativos (empastes, extracciones, endodoncias)	Cubierto 80%	Cubierto 80%
Servicios principales (coronas, puentes, dentadura postiza)	Cubierto 50%	Cubierto 50%
Ortodoncia (hijos dependientes solamente)	Cubierto 50% Máximo por la vida: \$1,000	Cubierto 50% Máximo por la vida: \$1,000

Cómo encontrar un proveedor participante

Use el directorio de proveedores en www.principal.com/dentist localizar dentistas cercanos o vea si su dentista participa en su red

1	Visite www.principal.com/dentist
2	Comience su búsqueda seleccionando el stae done le gustaría encontrar un proveedor. A continuación, especifique una red. Dependiendo de la red elegida, puede ser transferido a un sitio asociado.
3	Ingrese el nombre del proveedor que está buscando (si lo conoce). Si está buscando un dentista cercano, ingrese la ciudad y el estado y/o el código postal. Asegúrese de indicar qué ta lejos está dispuesto a viajar.
4	Seleccione la especialidad deseada o no utilice la preferencia de especialidad predeterminada. Clic continuar
5	Seleccione un idioma si su preferencia no es el inglés. Clic continuar

El seguro de vision lo ayuda a proteger su vista y su salud con menos gastos de su bolsillo para usted.

- 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. Más ahorros adicionales en gafas de sol sin receta y corrección de la vision 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.

Características del Plan	En Red	Fuera de la Red
Examen de la vista de rutina (una vez cada 12 meses)	\$10 copago	Plan le reembolsa hasta \$45
Marcos (una vez cada 24 meses)	Covered hasta \$130 (Descuentos del 20% en montes superiores al subsidio)	Plan le reembolsa hasta \$70
Lentes (una vez cada 12 meses) Visión única Bifocales forrados Trifocales forrados Lenticular	\$25 copago	Plan te reembolsa: hasta \$30 hasta \$50 hasta \$65 hasta \$100
Lentes de contacto electivos	hasta \$60 copago entonces \$130 de subsidio	hasta \$105
Contactos medicamente necesarios	\$25 copago	hasta \$210

Ahorros adicionales	
Gafas y gafas de sol	Los miembros ahorran un promedio de 20-25% de descuento en gafas y gafas de sol adicionales, incluidas las opciones de lentes, de cualquier médico de VSP dentro de los 12 meses posteriores a su último examen de la vista cubierto.
Corrección de la vision con láser	Un promedio de 15% de descuento sobre el precio regular o 5% de descuento sobre el precio promocional; descuentos disponibles solo en establecimientos contratados