



Plan Dental Secure Choice de UDC Dental California, Inc.

Los beneficios incluyen Odontología Estética y Ortodoncia | Para uso en California



Plan Secure Choice

El plan Secure Choice proporciona beneficios dentales con prepagos. Para recibir los beneficios del plan Secure Choice usted tendrá que elegir un Dentista del Plan para usted y para los miembros de su familia de la lista de Dentistas del Plan. Recuerde que usted podrá elegir un dentista diferente para cada miembro de su familia.

Features:

- Ningún deducible
- Ningún formulario de reclamación
- Ningún máximo anual
- Cuadro de copagos fijos para los Dentistas y Especialistas del Plan
- Copagos para intervenciones de ortodoncia para niños y adultos
- No se requiere ser referido para los beneficios de Especialistas del Plan
- Los beneficios son pagados por condiciones dentales pre-existentes indicadas en el cuadro de copagos.

Opciones para Prepagos	
Prepago Anual	
Individual	\$149.76
Individual + Un Dependiente	\$254.64
Familia	\$407.76
O	
Transacción Bancaria Mensual Automática	
Las transacciones son efectuadas contra su cuenta el 15 ^{to} día de cada mes precedente al mes de beneficios. Un cargo administrativo mensual es incluido con los siguientes cargos.	
Individual	\$13.73
Individual + Un Dependiente	\$22.47
Familia	\$35.23
Cargo por registro de \$35.00	



¿Qué son los copagos?

Los copagos son cargos reducidos que usted paga directamente al dentista por algunos tratamientos dentales. Una lista parcial de algunos tratamientos dentales dispensados con frecuencia es incluida al dorso de este folleto. Esta lista le muestra los ahorros que potencialmente usted podrá obtener con UDC Dental California, Inc. en comparación con lo que usted pagaría sin este Plan.

Odontología estética

UDC Dental California, Inc. entiende lo importante que es su apariencia. Es por eso que hemos incluido en su plan de beneficios servicios estéticos, tales como las intervenciones para blanqueamiento y adhesión dental.

Beneficios de ortodoncia

El Plan Secure Choice incluye copagos para las intervenciones de ortodoncia para niños y adultos. Los servicios de ortodoncia únicamente están disponibles en los lugares donde UDC Dental California, Inc. cuenta con Ortodontistas del Plan que proporcionan dichos servicios.

Beneficios por Especialistas

Si los servicios de un especialista son necesarios para recibir tratamiento, usted podrá acudir a uno de los Especialistas del Plan anotados en nuestro directorio impreso o en línea. Por favor, refiérase al Formulario de Divulgación y Evidencia de Cobertura (EOC) para obtener un listado completo de los servicios de Especialistas del Plan cubiertos. Los servicios de Especialistas del Plan están disponibles únicamente en los lugares donde UDC Dental California, Inc. cuenta con Especialistas del Plan. Por favor, tome en consideración que usted es responsable de pagar los servicios proporcionados por un Especialista Fuera del Plan.

¿Cuándo recibiré mi tarjeta de membresía?

Una vez que su solicitud haya sido tramitada, nosotros le proporcionaremos una tarjeta de membresía, el Convenio del Plan Individual por Servicios Dentales, la EOC y un listado completo de copagos. Su fecha de efectividad será proporcionada junto con sus documentos de membresía.

¿Qué sucederá si necesito cambiar mi dentista?

Usted podrá cambiar de dentista simplemente llamando al Departamento de Servicio al Cliente marcando el 800-380-6347.

¿Qué tengo que hacer para ser atendido?

Después de su fecha de efectividad, comuníquese por teléfono con el dentista que usted haya elegido e indíquelo a la persona que lo atiende que usted cuenta con la cobertura de UDC Dental California, Inc. Ellos le programarán su cita para acudir al dentista.

¿Quiénes califican?

Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes, de conformidad con la ley estatal.

¿Cuándo tendré que renovar mi plan dental?

Si usted elige el método de prepago anual, una notificación de renovación y una factura de cobro se le proporcionarán anticipadamente a la fecha de su aniversario. Si usted elige el método de pago mediante transacción bancaria mensual, no se requerirá ninguna acción para la renovación de su plan dental.

Renovación/Cancelación/Terminación

Este plan se renueva anualmente en cada 01 de la fecha de efectividad. Tanto la Compañía como el Suscriptor tienen el derecho de terminar el Plan anticipadamente, mediante una notificación escrita. Por favor, consulte el Convenio del Plan Individual por Servicios Dentales y la EOC para obtener información detallada referente a la renovación, cancelación y terminación.

Ejemplo de Copagos para el Plan Secure Choice

La siguiente lista es un ejemplo de algunas de las intervenciones dentales practicadas con frecuencia. Al registrarse para el plan, usted pagará cargos reducidos, conocidos como copagos. Dichos cargos reducidos únicamente son ofrecidos por los proveedores de nuestra red. Después de registrarse, a usted se le proporcionará una lista completa de los copagos junto con su Convenio del Plan Individual por Servicios Dentales y la EOC. El ejemplo a continuación muestra los ahorros que usted podría obtener bajo el plan Secure Choice. Es posible que este ejemplo no refleje los resultados de su caso particular. Por favor, refiérase a la EOC para una lista completa de los servicios cubiertos bajo el plan.

Es posible que el Dentista del Plan elegido por usted no pueda practicar todas las intervenciones indicadas. Los copagos indicados aplican a los Dentistas del Plan que proporcionan dichos servicios. Por lo tanto, le recomendamos consultar con su Dentista del Plan sobre la disponibilidad de los servicios programados. Los cargos por las intervenciones practicadas

por su Dentista del Plan que no aparecen en el Cuadro de Copagos no serán cubiertos bajo el plan Secure Choice.

Si requiere los servicios dentales que el Dentista del Plan que usted eligió no puede proporcionar, usted podrá obtener dichos servicios de un Especialista del Plan. Usted no tiene que ser referido por su Dentista del Plan para obtener los servicios de un Especialista del Plan. Por favor, refiérase a la EOC para una lista completa de los servicios proporcionados por los Especialistas del Plan que están cubiertos.

Usted es responsable de pagar por cada servicio proporcionado por un Dentista Fuera del Plan o Especialista Fuera del Plan (basado en el cargo normal al por menor cobrado por dicho proveedor). Esto no aplica a los Beneficios del Plan limitados para Servicios de Emergencia dental, los cuales son cubiertos de acuerdo con lo estipulado en el Convenio del Plan Individual por Servicios Dentales y la EOC.

La disponibilidad y afiliación de los Dentistas del Plan y Especialistas del Plan están sujetas a cambio.



Tratamiento dental	Su costo con el Plan Secure Choice	Su costo Cargos promedio al por menor ¹
Citas		
Evaluación bucal periódica	No charge	\$68
Examen bucal limitado	\$20	\$97
Odontología diagnóstica		
Serie de radiografías completa, Incluso las aletas de mordida	\$10	\$163
Odontología preventiva		
Limpieza rutinaria - adulto/niño [^]	\$10/\$10	\$113/\$93
Restauraciones		
Empastes de plata - 2 superficies	\$25	\$193
Empastes blancos - 2 superficies (posteriores)	\$90	\$264
Coronas – porcelana a metal muy noble (el costo del metal precioso y semiprecioso es adicional.)	\$280**	\$1,193
Endodoncia y periodoncia		
Conducto radicular - muela	\$325	\$1,268
Raspado y destartraje radicular (por cada cuadrante)	\$90	\$271
Dentaduras postizas		
Parcial superior	\$450**	\$1,325
Parcial inferior	\$450**	\$1,327
Cirugía bucal		
Extracción de un solo diente	\$20	\$205
Extracción de diente impactado (parcialmente en hueso)	\$100	\$459
Ortodoncia		

Refiérase a la EOC para una lista completa de las intervenciones de ortodoncia cubiertas.

[^]Una vez cada seis meses.

**Los miembros son responsables por los cargos adicionales de laboratorio relacionados con estos servicios.

1. Los Cargos Promedio al por Menor fueron determinados por la Compañía mediante un análisis de las reclamaciones para el año 2021 para el estado de California. Los Cargos al por Menor representan un promedio medio redondeado al dólar más cercano el cual representa lo que usted podría pagar sin los servicios del plan.

NOTICE

This is a translation of a document originally drawn up in English. Accordingly, it is understood that all legal rights, responsibilities and/or obligations are governed by the original English version of this document. Furthermore, we reserve the right to correct any errors in this document.

ADVERTENCIA

Ésta es la traducción de un documento originalmente redactado en inglés. Consiguientemente, hágase saber que todos los derechos legales, responsabilidades y/u obligaciones expresadas en el mismo se regirán por la versión original del documento expedido en inglés. Además, nosotros nos reservamos el derecho de corregir cualquier error en este documento.

**Para información adicional,
marque el: 800-380-6347**

UDC Dental California, Inc.
Attn: Individual Dental Team
P.O. Box 419596
Kansas City, MO 64141-6596
www.slfdental.com

¿Qué tengo que hacer para registrarme?

Siga los tres pasos sencillos detallados a continuación para registrarse bajo el Plan Secure Choice:

- 1 Elija** uno de los dentistas generales del Directorio de Dentistas del Plan o en línea dirigiéndose a la página www.sdfdental.com. Cada miembro de la familia podrá elegir un Dentista del Plan de su preferencia.
- 2 Llene** el formulario de solicitud adjunto. Asegúrese de anotar en el espacio correspondiente el Número del Consultorio Dental de cada dentista que usted ha elegido y despegue del folleto el formulario de solicitud.
- 3 Elija** su opción de pago. Si elige el **método de prepago anual** incluya la cantidad apropiada del prepago, el cargo por registro de \$35, el formulario de solicitud debidamente llenado y envíelos por correo a UDC Dental California, Inc. Para su conveniencia, el prepago anual puede ser pagado con tarjeta de crédito.

Si elige el **método de transacción bancaria mensual automática**, llene el Convenio de Autorización que aparece al dorso del formulario de solicitud, incluya un cheque "anulado", el prepago del primer mes, el cargo por registro de \$35 y envíelos por correo a UDC Dental California, Inc. A partir de dicho momento, los prepagos mensuales serán descontados automáticamente contra su cuenta bancaria. Aunque nosotros aceptamos transacciones bancarias automáticas contra cuentas de cheques o ahorros, **nosotros no podemos aceptar cheques personales mensualmente.**

Ley de Protección al Paciente y Atención Asequible

Este plan no proporciona cobertura para los servicios odontológicos pediátricos que cumplen con los requisitos para la "cobertura esencial mínima" tal como se define bajo la Ley de Protección al Paciente y Atención Asequible ("PPACA", por sus siglas en inglés.).

Limitaciones sobre los beneficios

- El reemplazo de trabajo de puentes, dentaduras postizas u otras piezas fijas o desmontables no están cubiertas, a menos que (a) un período de por lo menos cinco (5) años hubiera transcurrido desde el acoplamiento de dicha pieza como un Beneficio del Plan o (b) durante dicho período de cinco (5) años, la pieza se convierta en inutilizable y no pudiera ser utilizable debido a una enfermedad del Miembro o un accidente que involucre daño a la otra pieza durante su uso.
- La ortodoncia está limitada a lo siguiente: a) Ortodoncia limitada para la alineación ortodóntica de dientes está restringida a un período de dieciocho (18) meses consecutivos de tratamiento continuo. b) Ortodoncia en curso (desde el acoplamiento de bandas o frenos) está limitada a un período de veinticuatro (24) meses consecutivos de tratamiento continuo y está permitida una vez de por vida. c) El tratamiento de retención está limitado a un período de doce (12) meses consecutivos. El tratamiento de retención en curso que exceda de doce (12) meses consecutivos podrá estar sujeto a cargos adicionales determinados por el Especialista del Plan. El miembro será exclusivamente responsable de los cargos adicionales.

Exclusiones sobre los beneficios

Los Beneficios del Plan no cubren:

- Cualquier servicio que no fuera específicamente descrito en el Cuadro de Copagos (incluso, pero sin limitación alguna a, el costo por cualquier hospital o centro de atención ambulatoria por concepto de cualquier servicio dental).
- Cualquier servicio dental iniciado y completado antes de la Fecha de Efectividad. Cualquier servicio dental listado en el Cuadro de Copagos, comenzado, pero no completado antes de la Fecha de Efectividad, será considerado como un Beneficio del Plan únicamente si el servicio dental es completado por un Proveedor del Plan, a menos que el Miembro solicite al Plan que coordine la continuación del tratamiento con un Proveedor Fuera del Plan. Para los servicios dentales, aparte de los servicios de ortodoncia, el Miembro será responsable por la totalidad del Copago, más cualquier cargo por la aleación o metales preciosos que

corresponda, por los servicios dentales completados de conformidad con lo estipulado bajo el Plan. Para los servicios de ortodoncia, el Miembro será responsable por la totalidad del Copago por ortodoncia. Dicho Copago será prorrateado de conformidad con el plan de tratamiento del Proveedor del Plan y los procedimientos normales de facturación basándose en el porcentaje de la ortodoncia completada antes de la Fecha de Efectividad. Cualquier servicio dental comenzado después de la fecha de terminación del Miembro no será cubierto.

- Cualquier servicio dental comenzado después de la terminación del Miembro.
- Excepto por los Servicios Dentales de Emergencia o los Servicios de Urgencia proporcionados fuera del Área de Servicio, los servicios proporcionados por los Proveedores Fuera del Plan no están cubiertos.
- El reemplazo de dentaduras postizas, piezas o trabajo de puentes debido a (a) daño mientras la pieza no es utilizada o (b) pérdida o robo.
- La reconstrucción bucal utilizando trabajo de puente fijo u otra pieza fija, si el plan de tratamiento general destinado a una reconstrucción bucal completa implica el reemplazo de seis (6) o más dientes (ya sea que dichos dientes se pierdan antes que el tratamiento comience o dichos dientes sean extraídos como parte del plan de tratamiento general).
- Los implantes o cualquier pieza inherente al implante, las intervenciones quirúrgicas destinadas a la inserción de implantes o cualquier pieza inherente al implante, ya sean removibles o fijas.
- La extracción quirúrgica de implantes o piezas inherente al implante, o cualquier intervención quirúrgica o no quirúrgica para ajustar, reparar, reemplazar o tratar cualquier problema relacionado con un implante existente o pieza inherente al implante, ya sea removible o fija.
- Las restauraciones y entablillados utilizados para aumentar la dimensión vertical, restaurar la oclusión o reemplazar o estabilizar la pérdida de la estructura dentaria atribuible a atrición.
- La ortodoncia que requiera terapia debido a trastornos miofuncionales, disfunciones de la articulación temporomandibular (conocida por sus siglas en inglés como TMJ), micrognatia, macroglosia, paladar hendido u otras anomalías del crecimiento y desarrollo.
- La ortodoncia relacionada con una intervención quirúrgica ortognática, ya sea el tratamiento precedente o subsiguiente a la intervención quirúrgica.
- Las extracciones de las muelas terceras (muelas del juicio) que no sean sintomáticas, aunque las extracciones sean o no sean realizadas después de haberse completado la ortodoncia. Ejemplos de condiciones sintomáticas abarcan caries, quistes odontogénicos, pericoronitis crónica e infección.
- El tratamiento de malignidades, neoplasmas o quistes, incluso, pero sin limitación alguna a, las biopsias.

Los productos dentales prepagados son proporcionados por UDC Dental California, Inc., una filial de Sun Life Assurance Company of Canada (Wellesley Hills, MA), bajo las Series de Formularios UDC-CA-IDS. UDC Dental California, Inc. es un plan para atención dental especializada. © 2022 Sun Life Assurance Company of Canada, Wellesley Hills, MA 02481. Todos los derechos reservados. El nombre y el logotipo de Sun Life son marcas registradas de Sun Life Assurance Company of Canada.

Visítenos en www.sunlife.com/us.

UDC-A-IBR (11/2022)

GDBCH-5741CA-SP-e

SLPC27684 10/22 (exp. 10/24)

UDC Dental California, Inc. | Formulario de Solicitud

Por favor retenga una copia de esta Solicitud en sus archivos personales.

Su número de seguro social		Apellido(s)		Primer nombre		Inicial del 2 ^{do} nombre		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Numero del Agente	
Su fecha de nac. / /		Domicilio									
Tel. particular ()		Ciudad		Estado		Código postal		Correo electrónico			
<input type="checkbox"/> Marque esta casilla si usted padece de una incapacidad que afecta su capacidad de comunicarse o de leer. Por favor, indique el idioma principal—escrito/hablado—de su preferencia. <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> otro _____											
Anote los Dependientes que desea registrar											
Primer nombre		Inicial del 2 ^{do} nombre		Apellido(s) (si diferente)		Vínculo		Fecha de nac.		Sexo	
Cónyuge											
								/ /		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Preferencia del idioma—escrito/hablado <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> otro _____											
Hijo											
								/ /		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Preferencia del idioma—escrito/hablado <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> otro _____											
Hijo											
								/ /		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Preferencia del idioma—escrito/hablado <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> otro _____ Para anotar el nombre de más hijos agregue una hoja por separado.											
Cantidad del prepago +				Elija opción de pago:							
		\$ _____		<input type="checkbox"/> Pago anual: Extienda su cheque a nombre de Sun Life Assurance Company of Canada.							
Cargo por registro		\$ 35.00		<input type="checkbox"/> Carguen mis prepagos anuales.							
Cantidad total adjunta		\$ _____		<input type="checkbox"/> Transacción Bancaria Mensual Automática: Llene el Convenio de Autorización que aparece al dorso de este formulario.							
<input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> Discover Fecha de Exp. _____ CWV: _____											

La Ley de California prohíbe que una prueba del VIH sea requerida o utilizada por los planes de servicios de atención médica como condición para obtener cobertura. Los planes de Servicios de Atención Médica no requerirán o utilizarán pruebas para la detección de trastornos genéticos como condición para obtener cobertura.

Mediante mi firma a continuación, entiendo que una descripción completa de este Plan Individual de Servicios de Atención Médica Especializada será proporcionada en el Convenio del Plan Individual por Servicios Dentales y así como en el Formulario de Divulgación y Evidencia de Cobertura Combinada y que el dentista que elija podrá o no podrá practicar todas las intervenciones indicadas en el Cuadro de Copagos. Autorizo al dentista que haya practicado alguna intervención a mí o a los miembros de mi familia, para que ponga a disposición de UDC Dental California, Inc., Sun Life Assurance Company of Canada y sus compañías dentales afiliadas, mis expedientes dentales, fotocopias o información relacionada con dichas intervenciones hasta el alcance permitido por ley. El suministro de información falsa, incompleta o engañosa con la finalidad de defraudar a la Compañía es un crimen, si dicha información es suministrada deliberadamente. Las penalidades comprenden la privación de la libertad, la aplicación de multas y la denegación de los beneficios. Esta autorización no se rige por la HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act). No obstante, si es necesario, se me podrá solicitar que llene y firme un formulario de autorización de la HIPAA, permitiendo a UDC Dental California, Inc., Sun Life Assurance Company of Canada y a sus compañías dentales afiliadas, a utilizar y divulgar información protegida de carácter médico.

Firma del Agente _____ Fecha _____

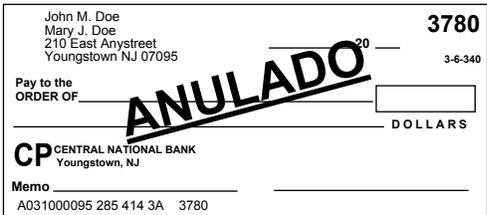
Firma del Suscriptor _____ Fecha _____

Convenio de Autorización para Transacción Bancaria Mensual Automática

IMPORTANTE: Si ha elegido el método de Pago mediante Transacción Bancaria Mensual, envíenos este formulario junto con un cheque marcado "anulado" y la cantidad de su primer prepago mensual.

Nombre(s)	Número de Seguro Social																	Cheques <input type="checkbox"/>	Ahorros <input type="checkbox"/>
Yo (nosotros) autorizo (autorizamos) a UDC Dental California, Inc. a iniciar las transacciones de débito e iniciar, si fuera necesario, las transacciones de crédito y ajustes por cualquier corrección a las transacciones de débito contra mí (nuestra) cuenta bancaria anotada a continuación. Además, autorizo (autorizamos) a la Institución Financiera nombrada a continuación a efectuar los débitos y/o los créditos mencionados contra dicha cuenta.																			
Nombre del Banco										Ciudad					Estado				
Anote el número de su cuenta de cheques o de ahorros en las siguientes casillas:																			
Núm. enrutamiento																			
Núm. cuenta																			

Los prepagos son descontados contra su cuenta autorizada el 15to día del mes precedente al mes de beneficios. El Convenio de Autorización se renueva automáticamente si el Convenio del Plan Individual por Servicios Dentales es renovado.



Esta autorización permanecerá totalmente vigente hasta que Sun Life Assurance Company of Canada haya recibido notificación ESCRITA de mí (o de nosotros) indicando su terminación a más tardar el 10mo día del mes precedente al mes en que el registro ha de ser terminado.

Firma _____ Fecha _____

UDC Dental California, Inc.