



El documento de Resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) le ayudará a elegir un plan dental. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían los costos para los servicios cubiertos de atención dental. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (llamada prima) se proporcionará por separado. Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos completos de cobertura, visite <https://regence.com> o llame al 1 (866) 240-9580. Para obtener las definiciones generales de los términos comunes, como monto permitido, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otro término subrayado, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en la página web healthcare.gov/sbc-glossary o puede llamar al 1 (866) 240-9580 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
¿Cuál es el <u>deducible</u> ?	\$0	Consulte la tabla de Eventos dentales comunes a continuación para conocer los costos de los servicios que cubre este <u>plan</u> .
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	No.	Consulte la tabla de Eventos dentales comunes a continuación para conocer los costos de los servicios que cubre este <u>plan</u> .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que alcanzar los <u>deducibles</u> por servicios específicos, pero consulte la tabla de Eventos dentales comunes que aparece abajo para conocer otros costos de los servicios que cubre este <u>plan</u> .
¿Hay algún límite anual general para lo que paga el <u>plan</u> ?	Sí. \$2,000 / persona por año del plan.	Este <u>plan</u> pagará los servicios cubiertos solo hasta este límite durante cada período de cobertura, aunque su necesidad sea mayor. Usted es responsable de todos los gastos por encima de este límite. La tabla de Eventos dentales comunes a continuación describe los límites específicos de cobertura.
¿Cuál es el <u>límite de desembolso directo</u> para este <u>plan</u> ?	No corresponde.	Este <u>plan</u> no tiene un <u>límite de desembolso directo</u> sobre sus gastos.
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Consulte https://regencedental.com/members/find-a-dentist o llame al 1 (866) 240-9580 para obtener una lista de los <u>proveedores de la red</u> .	Este <u>plan</u> usa una <u>red de proveedores dentales</u> . Usted pagará menos si acude a un <u>proveedor</u> en la <u>red del plan</u> . Usted pagará el máximo si acude a un <u>proveedor dental fuera de la red</u> , y podría recibir una factura de un <u>proveedor dental</u> por la <u>diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo)</u> .
¿Necesita una <u>derivación</u> para ver a un <u>especialista</u> ?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que elija sin una <u>derivación</u> .

Evento dental común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Dentista dentro de la red (usted pagará el mínimo)	Dentista fuera de la red (usted pagará el máximo)	
Si recibe servicios dentales preventivos	Limpiezas y exámenes	Sin cargo	Sin cargo	2 limpiezas* / año 2 exámenes preventivos orales / año
	Radiografías	Sin cargo	Sin cargo	1 serie de radiografías de aleta de mordida / año 1 radiografía completa de las estructuras internas de la boca en un período de 3 años 1 radiografía panorámica de la boca en un período de 3 años
	Otros servicios dentales preventivos	Sin cargo	Sin cargo	\$160 de máximo para selladores / año Selladores para bicúspides y molares permanentes. 2 tratamientos tópicos de flúor / año 2 tratamientos con fluoruro diamino de plata por diente / año
Si necesita servicios dentales básicos	Servicios periodontales	Sin cargo	Sin cargo	2 limpiezas de mantenimiento periodontal / año (en lugar de las limpiezas preventivas) 1 debridado periodontal en un período de 3 años Gingivectomía y gingivoplastia limitadas a 1 / cuadrante en un período de 3 años. Raspado periodontal y alisado radicular limitados a 1 por cuadrante en un período de 2 años.
	Servicios de endodoncia	Sin cargo	Sin cargo	Ninguna
	Emergencias y otros servicios dentales básicos	Sin cargo	Sin cargo	Incluye reparaciones de dentaduras postizas y puentes.
Si necesita servicios dentales mayores	Puentes	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	1 reemplazo de puente una vez cada 5 años después de la colocación
	Coronas, incrustaciones y recubrimientos	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	1 reparación de la corona / diente en toda la vida 1 corona de reemplazo / 5 años después de la colocación (o reemplazo posterior) 1 incrustación de reemplazo / 5 años después de la colocación (o reemplazo posterior) 1 recubrimiento de reemplazo / 5 años después de la colocación (o reemplazo posterior)
	Dentaduras (completas y parciales)	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	1 rebasado / por arco en un período de 3 años 1 reemplazo de dentadura postiza / 5 años después de la colocación.

Evento dental común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Dentista dentro de la red (usted pagará el mínimo)	Dentista fuera de la red (usted pagará el máximo)	
	Implantes (intraóseos)	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	1 implante / diente en toda la vida
Si necesita servicios de ortodoncia	Servicios de ortodoncia	50% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	\$2,000 de máximo de ortodoncia/en toda la vida

Servicios excluidos:

Servicios que su <u>plan</u> generalmente NO cubre (consulte su póliza o documento del <u>plan</u> para obtener más información y una lista de cualquier otro <u>servicio</u> <u>excluido</u>).		
• Procedimientos dentales estéticos • Servicios y suministros cosméticos/reconstructivos, excepto para anomalías congénitas • Duplicado de radiografías • Cargos del establecimiento	• Restauraciones con lámina de oro • Implantes (no intraóseos) • Óxido nítrico • Atención indirecta al paciente • Tratamiento oclusal	• Cirugía ortognática • Tratamiento del trastorno de la articulación temporomandibular (TMJ) • Trasplante dental • Carillas

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Regence cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Regence no excluye a las personas ni las trata de forma menos favorable debido a raza, color de la piel, nacionalidad, edad, alguna discapacidad, ni sexo.

Regence:

Proporciona ayudas y servicios gratuitos para personas con discapacidades para comunicarse de manera eficaz con nosotros, como:

- Intérpretes de lenguaje de señas calificados
- Información escrita en otros formatos (impresión con letra grande, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).

Proporciona servicios gratuitos de idioma a las personas cuyo idioma principal no sea el inglés, que pueden incluir:

- Intérpretes calificados
- Información por escrito en otros idiomas.

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares adecuados o servicios de asistencia lingüística, póngase en contacto con el Coordinador de Derechos Civiles.

Si cree que Regence no ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera con base en la raza, color de la piel, nacionalidad, edad, discapacidad, o sexo, usted puede presentar una queja. Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de Derechos Civiles, está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o por teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Servicio al Cliente

Civil Rights Coordinator
PO Box 1106
Lewiston, ID 83501-1106
Teléfono: 1-888-344-6347, (TTY: 711)
Fax: 1-888-309-8784
Correo electrónico: CS@regence.com

Servicio al Cliente de Medicare

Teléfono: 1-800-541-8981 (TTY: 711)
Correo electrónico:
medicareappeals@regence.com

Servicio al Cliente de VSP

Teléfono: 1-844-299-3041
TTY: 1-800-428-4833

Asistencia de idiomas

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-344-6347 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-344-6347 (TTY: 711)。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-344-6347 (TTY: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-344-6347 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-344-6347 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-344-6347 (телетайп: 711).

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-888-344-6347 (ATS : 711)

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-888-344-6347 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yánílti'go **Diné Bizaad**, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, kojí' hódíílnih 1-888-344-6347 (TTY: 711.)

FAKATOKANGA'I: Kapau 'oku ke Lea-Fakatonga, ko e kau tokoni fakatonu lea 'oku nau fai atu ha tokoni ta'etotongi, pea te ke lava 'o ma'u ia. ha'o telefonimai mai ki he fika 1-888-344-6347 (TTY: 711)

OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-888-344-6347 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711)

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្មើស គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-888-344-6347 (TTY: 711)។

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-888-344-6347 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-888-344-6347 (TTY: 711)

ማስታወሻ:- የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፡ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል፤ በሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-888-344-6347 (መስማት ለተሳናቸው:- 711)::

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-888-344-6347 (телетайп: 711)

ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-888-344-6347 (टिटिवाइ: 711)

ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-888-344-6347 (TTY: 711)

MAANDO: To a waawi [Adamawa], e woodi ballooji-ma to ekkitaaki wolde caahu. Noddu 1-888-344-6347 (TTY: 711)

โปรดทราบ: ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-888-344-6347 (TTY: 711)

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີຢູ່ສຳລັບທ່ານ. ໂທ 1-888-344-6347 (TTY: 711)

Afaan dubbattan Oroomiffaa tiif, tajaajila gargaarsa afaanii tola ni jira. 1-888-344-6347 (TTY: 711) tiin bilbilaa.

توجه: اگر بہ زبان فارسی صحبت می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-888-344-6347 (TTY: 711) تماس بگیرید.

ملحوظة: إذا كنت تتحدث فاذاكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-888-344-6347 (رقم هاتف الصم والبكم 711 TTY)