

**Presentamos**

# AlphaCO Dental Plan

## **Paquete de inscripción para empleados**



**Aviso importante sobre la inscripción abierta.  
Por favor, leer atentamente.**

Carrara Place, 6200 South Syracuse Way, Suite 460

Greenwood Village, CO 80111

1-800-807-0706

**[AlphaDentalPlan.com](http://AlphaDentalPlan.com)**



# AlphaCO Dental Plan

**Como alternativa a los productos de seguros tradicionales,** Alpha Dental Plans ofrece ahorros para ayudar a individuos, grupos y familias a recibir atención dental preventiva y restaurativa con regularidad.

Después de inscribirse por una baja cuota mensual, los miembros del plan eligen un proveedor de la red en su zona y programan una cita. Debido a que los proveedores de la red utilizan una estructura de tarifas fija, los miembros saben exactamente lo que costará cada visita, y

pueden sentirse tranquilos sabiendo que recibirán atención de una red dental de calidad.

**Los miembros del plan ahorran entre un 15 y un 70%**

**Sin periodos de espera. Sin límites máximos anuales. Sin reclamaciones.**

Niveles individuales	Precio mensual	Niveles de grupo	Plan Details and Benefits
Solo el miembro del plan	\$11.75	Solo empleado	<ul style="list-style-type: none"> <li>Red de 500 dentistas en Colorado</li> <li>Los miembros de AlphaCO deben seleccionar un dentista general primario al inscribirse. Encuentra el proveedor más cercano a ti en <a href="http://alphadentalplan.com/dental-providers/">alphadentalplan.com/dental-providers/</a></li> <li>Plan de ahorro de visión, incluido, a través del plan VSP Savings Pass</li> <li>Plan de ahorro para la audición, incluido, a través de Amplifon</li> <li>Tarjeta de ahorro en medicamentos recetados, incluida, a través de AlphaRx</li> <li>Acceso a teleodontología a través de Teledentistry.com</li> </ul>
Miembro +1	\$19.75	+Cónyuge o + Hijo(s)	
Miembro +2 o más	\$27.75	+ Familia	

## Ahorros típicos

Procedimiento	Precio regular	Precio para los miembros	Ahorros para los miembros del plan
Visita rutinaria al consultorio	\$72	\$0	\$72
Radiografía intraoral completa	\$87	\$39	\$48
Limpieza para adultos	\$123	\$50	\$73
Obturación (empaste)	\$310	\$135	\$175
Corona	\$1,475	\$725	\$750

## Financiación sin intereses

Se calcula que el 97% de los participantes podrán conseguir financiación para hasta 36 meses a través de nuestro socio Paytient

El 20% de los adultos posponen la atención dental debido al precio. Los planes Alpha Dental incluyen financiación sin intereses para que nuestros miembros puedan cuidar mejor de sí mismos y de sus familias cuando necesiten acceder a la atención.

Esto no es un seguro. Los descuentos solo están disponibles a través de los dentistas de la red.



**LISTA DE TARIFAS DE DENTISTA GENERAL**  
**PROCEDIMIENTOS MAS COMUNES**  
 Efectivo 08/01/2022

Category	CDT	Code Description	Price
Servicios de Diagnostico	D0120	Examen bucal peridico - paciente establecido	\$0
Servicios de Diagnostico	D0140	Examen bucal limitado - enfocado en un problema	\$0
Servicios de Diagnostico	D0145	Examen bucal para un paciente menor de tres años y asesorado por un provee	\$0
Servicios de Diagnostico	D0150	Examen bucal integral - paciente nuevo o establecido	\$0
Servicios de Diagnostico	D0180	Examen periodontal integral - paciente nuevo o establecido	\$0
Servicios de Diagnostico	D0210	Intraoral - serie completa de imágenes radiográficas	\$83
Servicios de Diagnostico	D0220	Intraoral - primera imagen radiográfica periapical	\$18
Servicios de Diagnostico	D0230	Intraoral - cada imagen radiográfica periapical adicional	\$14
Servicios de Diagnostico	D0240	Intraoral - imagen radiografica oclusal	\$23
Servicios de Diagnostico	D0270	Aleta de mordida - imagen radiográfica simple	\$16
Servicios de Diagnostico	D0272	Aletas de mordida - dos imágenes radiográficas	\$24
Servicios de Diagnostico	D0274	Aletas de mordida - cuatro imágenes radiográficas	\$39
Servicios de Diagnostico	D0277	Aletas de mordida verticales - 7 a 8 imágenes radiográficas	\$46
Servicios de Diagnostico	D0330	Imagen radiográfica panorámica	\$62
Preventivo	D1110	Profilaxis - adultos	\$50
Preventivo	D1120	Profilaxis - niño	\$40
Preventivo	D1206	Aplicación tópica de barniz de flúor	\$31
Preventivo	D1351	Sellante - por diente	\$36
Servicios Restaurativos	D2140	Amalgamas - una superficie, en dientes temporales o permanentes	\$103
Servicios Restaurativos	D2150	Amalgamas - dos superficies, en dientes temporales o permanentes	\$132
Servicios Restaurativos	D2160	Amalgamas - tres superficies, en dientes temporales o permanentes	\$161
Servicios Restaurativos	D2330	Composite a base resinas - una superficie, anterior	\$100
Servicios Restaurativos	D2331	Composite a base resinas - dos superficies, anteriores	\$124
Servicios Restaurativos	D2332	Composite a base resinas - tres superficies, anteriores	\$152
		Composite a base resinas - cuatro o mas superficies, o que involucre el angulo incisal (anteriores)	\$183
Servicios Restaurativos	D2335		
Servicios Restaurativos	D2391	Composite a base resinas - una superficie, posterior	\$107
Servicios Restaurativos	D2392	Composite a base resinas - dos superficies, posteriores	\$135
Servicios Restaurativos	D2393	Composite a base resinas - tres superficies, posteriores	\$166
Servicios Restaurativos	D2394	Composite a base resinas - cuatro o mas superficies, posteriores	\$195
Servicios Restaurativos	D2920	Recementado o readhesión de corona	\$63
Servicios Restaurativos	D2930	Corona prefabricadas de acero inoxidable - diente temporal	\$156
Servicios Restaurativos	D2740	Corona - porcelana/cerámica	\$725
Servicios Restaurativos	D2750	Corona - porcelana fundida en metal altamente noble	\$831
Servicios Restaurativos	D2950	Refuerzo del muñón, incluyendo espigas o pernos si se necesitan	\$138
Servicios Endodoncia	D3320	Terapia de endodoncia, diente premolar (no incluye la restauración final)	\$572
Servicios Endodoncia	D3330	Terapia de endodoncia, diente molar (no incluye la restauración final)	\$769
Servicios Periodonticos	D4341	Raspado periodontal y alisado radicular - cuatro o más dientes por cuadrante	\$158
Servicios Periodonticos	D4342	Raspado periodontal y alisado radicular - uno a tres dientes par cuadrante	\$110
Servicios Periodonticos	D4910	Mantenimiento periodontal	\$86
Servicios de Implates	D6010	Colocación quirúrgica del cuerpo del implante: implante endosteo	\$1,441
Servicios de Cirugia Oral y Maxilogaci:	D7140	Extracción, erupcionado o raíz expuesta (remoción por elevador y/o por fórceps)	\$102
Servicios de Cirugia Oral y Maxilogaci:	D7210	Extracción de dientes erupcionados que requieren el levantamiento de un colgajo mucoperiostico y la remoción de hueso y/o la sección de un diente	\$163
Servicios de Cirugia Oral y Maxilogaci:	D7230	Remoción de diente impactado - parcialmente en hueso	\$236
Servicios de Cirugia Oral y Maxilogaci:	D7240	Remoción de diente impactado - totalmente en hueso	\$296
Servicios de Ortodoncia	D8080	Tratamiento de ortodoncia integral de la dentición adolescente	\$4,142
Servicios de Ortodoncia	D8090	Tratamiento de ortodoncia integral de la dentición adulta	\$4,302
Misc	D9230	Inhalación de óxido nitroso/ansiolisis, analgesia	\$34
Misc	D9243	Intravenous Mod Sedation/Analgesia - Ea 15 Min	\$103
		Consultas - servicio de diagnóstico brindado por un dentista o un médico	\$66
Misc	D9310	diferente al dentista o médico que lo solicita	

Esta es una muestra de los procedimientos dentales más comunes.  
 Esto no es un seguro.

Beta Health Association  
6200 S. Syracuse Way, Suite 460  
Greenwood Village, CO 80111  
1-800-807-0706 (teléfono)  
303-369-1051 (Fax)

Nuevo empleado

Cambio de dirección

COBRA

Cambio de estado de dependiente

Rescisión (terminación)\*

\* Solo se puede rescindir en el momento de la inscripción abierta o si se rescinde el empleo.

<b>PARA SER LLENADO POR EL EMPLEADOR</b>	Núm. de grupo de Beta Health
Nombre del empleador (Utilice el nombre del aviso de facturación grupal o la solicitud maestra)	

<b>PARA SER LLENADO POR EMPLEADOS QUE ELIGEN INSCRIBIRSE</b>												
Número de Seguro Social			Fecha de validez			Fecha de contratación			Fecha de nacimiento			Teléfono
			Mes	Día	Año	Mes	Día	Año	Mes	Día	Año	Trabajo: _____
Su nombre											Particular: _____	
Apellido			Nombre			Inicial seg. nombre			Género			
											<input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino	
Estado civil		Dirección particular				Ciudad			Estado		Código postal	
<input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a)		Correo electrónico: _____										

Opción dental (marque su selección)

Opción 1 - AlphaCO Dental Plan  Selección de consultorio dental

Tenga en cuenta: El AlphaCO Dental Plan no es seguro..

<b>LLENAR PARA EL PLAN DENTAL</b>							
¿Se va a inscribir su cónyuge?		Selección de inscripción (marque la casilla correcta):				¿Está inscrito en algún otro plan dental?	
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		<input type="radio"/> Solo el empleado	<input type="radio"/> Empleado más cónyuge	<input type="radio"/> Empleado más hijo(s)	<input type="radio"/> Empleado más cónyuge e hijo(s)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	

<b>LLENE PARA DEPENDIENTE(S)</b>			Estudiante a tiempo completo	Fecha de nacimiento		Género M or F	¿Usted o sus dependientes tienen otro plan dental?	
Nombre de cónyuge								
(Apellido) (Nombre) (Inicial seg. nombre)				/ /				
D E P E N D I E N T (S)	1		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	/ /			<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
	2		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	/ /			<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
	3		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	/ /			<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
	4		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	/ /			<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
	5		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	/ /			<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
	6		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	/ /			<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	

<b>RENUNCIA AL PLAN DENTAL</b>
Se me ha ofrecido el plan dental anterior y estoy rechazando la participación en este momento. También comprendo que la siguiente ocasión en que puedo inscribirme en uno de estos planes es únicamente durante el siguiente período de inscripción abierta (dentro de un año). La única excepción es si se presenta un evento calificado.
Fecha _____ Firma del empleado _____

Es ilegal proporcionar, a sabiendas, datos falsos, incompletos o engañosos en este formulario o defraudar o intentar defraudar a Beta Health o a uno de sus socios. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación de servicios y daños civiles. Informe a la División de Seguros de Colorado de cualquier organización o agente que usted considere que, a sabiendas, proporciona hechos falsos, incompletos o engañosos con el propósito de defraudar a los participantes. También acepto permanecer en el plan durante un año como mínimo o hasta el siguiente período de inscripción abierta (lo que suceda primero). La única excepción a lo anterior es si pierdo el empleo (ya sea de manera voluntaria o involuntaria).

Fecha	Su firma
	X