



## Your Key to Better Oral Health

### Reciba una atención de calidad exhaustiva

SmartSmile<sup>sm</sup> cubre más de 200 procedimientos dentales a costos de bolsillo bajos, cuando los realiza su dentista de Quality Assured.

### Ahorre tiempo y dinero

No hay formularios que llenar, ni deducibles o máximos anuales. Un miembro adulto individual de SmartSmile<sup>sm</sup> paga solo \$6.95 al mes y ahorra del 15 al 90 % en procedimientos dentales.

### Usted cuenta con un defensor de su salud dental

Su atención queda entre usted y su dentista. Si tiene alguna pregunta, un amigable especialista de Servicios para Miembros le ayudará con gusto y siempre puede localizarlo mediante nuestro sitio web o por teléfono.

### Salud óptima mediante la prevención

Usted tiene acceso a una gran variedad de materiales educativos para ayudarle a hacer que las medidas preventivas orales sean parte de su vida cotidiana; ¡todo, sin costo adicional para usted!

¡Inscríbese hoy mismo en línea!  
¡Es fácil!

[www.SmartSmile.com](http://www.SmartSmile.com)

¡Sea un miembro apreciado desde hoy!

¡Comuníquese con nosotros!

¡Nos aseguraremos de que obtenga su SmartSmiles<sup>sm</sup> hoy!

# SmartSmile<sup>sm</sup>

Planes dentales prepagados para individuos y familias de SmartSmile<sup>sm</sup>



¡Inscríbese hoy mismo!

*Empresa propiedad de sus empleados*

3780 Kilroy Airport Way Suite 750  
Long Beach, CA 90806

**(800) 637-6453**

¿Desea inscribirse en un grupo?  
Comuníquese con nosotros al (877) 222-2735.

IMPORTANT: If English is your secondary language, you may obtain this information written in your language. For free help, please call 866-756-4259. Dental Health Services has a toll free TTY line 888-645-1257 for the hearing and speech impaired.

IMPORTANTE: ¿Puede leer esta información? Si no, alguien le puede ayudar a leerla. Además, es posible que reciba esta información escrita en su propio idioma. Para obtener ayuda gratuita, llame ahora mismo al 866-756-4259. Dental Health Services también tiene una línea TTY 888-645-1257 para personas con dificultades de audición o del habla.

*Beneficios dentales proporcionados por:*  
**Dental Health Services**

# Aquí es donde "sin" significa algo bueno

¡Sin tiempos de espera!

¡Sin deducibles!



¡Sin máximo anual!



¡Sin exclusiones por enfermedades preexistentes!

¡Sin límites de edad!

## Amplia cobertura

Disfrute de una cobertura completa inmediatamente a partir de su fecha de elegibilidad con los servicios cubiertos, incluidos exámenes, limpiezas, empastes, coronas, implantes, tratamiento periodontal, endodoncia, ortodoncia (frenos) y dentaduras postizas.

## Se cubren los frenos

Disfrute de los beneficios de ortodoncia (frenos) con grandes ahorros cuando reciba atención de un ortodontista que sea parte de Dental Health Services.

## Copagos sencillos

Los copagos son fáciles de entender. Usted paga el copago indicado para cualquier tratamiento que reciba.

“Busqué en cada sitio dental en línea durante 8 horas. ¡Este es el mejor plan de EE. UU.!”

**Wayne H.**

Miembro desde 2008

## Elija su plan

Tanto SmartSmile<sup>sm</sup> como Super SmartSmile<sup>sm</sup> están diseñados para brindar un gran valor. SmartSmile<sup>sm</sup> tiene una prima mensual más baja, mientras que Super SmartSmile<sup>sm</sup> le ahorra incluso más en los procedimientos preventivos y básicos, y ofrece cobertura para especialidades.

## Primas accesibles

Usted puede obtener cobertura dental amplia por menos del costo de dos boletos de cine.

SmartSmile	Mensual	Anual
Suscriptor	\$6.95	\$79.00
Suscriptor y 1 dependiente	\$12.95	\$139.00
Suscriptor y 2 dependientes	\$16.95	\$179.00
Super SmartSmile	Mensual	Anual
Suscriptor	\$14.30	\$171.60
Suscriptor y 1 dependiente	\$26.45	\$317.40
Suscriptor y 2 dependientes	\$37.90	\$454.80

## Acerca de Dental Health Services

Dental Health Services ha brindado una gran cobertura dental a los residentes de California durante más de 40 años. Como empleados-proprietarios, estamos orgullosos de maximizar el valor que usted recibe en sus beneficios dentales. Primas bajas, copagos bajos, un gran servicio y nuestra garantía de Quality Assurance<sup>sm</sup> son lo que hace que SmartSmile<sup>sm</sup> brille.

¿Qué espera? Comuníquese con nosotros hoy mismo. Le atenderá un empleado-proprietario que estará feliz de ayudarle.

## Aprobado por el miembro

“He usado el plan de Dental Health Services durante muchos años y estoy muy satisfecha con su servicio al cliente. Recomendaría ampliamente Dental Health Services a cualquier persona.”

**Maria F.**

Miembro desde 2004



# SmartSmile<sup>SM</sup> Formulario de inscripción

Paso 1 -> **Su información** (todos los campos son obligatorios)

También puede inscribirse en [www.smartsmile.com](http://www.smartsmile.com)

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Sexo	Estado civil/pareja doméstica
Idioma preferido para la comunicación oral		Idioma preferido para la comunicación escrita		Origen étnico
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Empleador
Número de teléfono principal	Correo electrónico	Fecha de nacimiento	Fecha de entrada en vigor solicitada	Número de dentista
<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular				<small>Aparece junto al nombre de su dentista en nuestro Directorio de dentistas participantes</small>
MIEMBROS ADICIONALES/DEPENDIENTES	Nombre	Inicial del segundo nombre	Sexo	Relación con el suscriptor
Apellido			Fecha de nacimiento	

Los dependientes incluyen a su cónyuge o pareja, o hijos menores de 26 años. Los hijos de 26 años de edad y mayores son elegibles únicamente mientras sean y continúen siendo: 1) incapaces de mantener un empleo a causa de una discapacidad del desarrollo o un problema físico, y 2) principalmente dependientes del suscriptor para su manutención, para lo que se debe proporcionar un comprobante de incapacidad y dependencia a Dental Health Services en un plazo de 31 días a partir de dicha solicitud.

## Paso 2 -> **Elija su plan de SmartSmile<sup>SM</sup>**

SmartSmile <sup>SM</sup>	Mensual	Annual
<input type="checkbox"/> Usted	\$6.95	\$79.00
<input type="checkbox"/> Usted y 1 dependiente	\$12.95	\$139.00
<input type="checkbox"/> Usted y 2 o más dependientes	\$16.95	\$179.00
Super SmartSmile <sup>SM</sup>	Mensual	Annual
<input type="checkbox"/> Usted	\$14.30	\$171.60
<input type="checkbox"/> Usted y 1 dependiente	\$26.45	\$317.40
<input type="checkbox"/> Usted y 2 o más dependientes	\$37.90	\$454.80

## Paso 3 -> **Elija su método de pago e incluya el pago**

- Cheque o giro postal: pago anual
- Cargo a tarjeta de débito: pagos mensuales automáticos\*
- Tarjeta de crédito: pago anual
- Tarjeta de crédito: pagos mensuales automáticos\*
  - Visa  MasterCard  Discover

Número de cuenta de cheques	Número de ruta bancaria
Número de tarjeta de crédito	Vencimiento
Cantidad (anual o prima de 2 meses)	Código de 3 dígitos
Firma	Fecha

\* Los pagos mensuales requieren un pago inicial de 2 meses y Dental Health Services retendrá la prima del segundo mes, la cual se utilizará si el cobro automático no está disponible debido a la falta de fondos.

La información de la cuenta incluida en el cheque adjunto o del número de tarjeta de crédito proporcionado es la cuenta de la que se retirará el pago de su prima. Los retiros automáticos de las tarjetas de débito o los cargos mensuales a las tarjetas de crédito comienzan a hacerse el mes posterior a su fecha de elegibilidad y se continúan haciendo el quinto día de cada mes en el que usted esté inscrito o después de ese día. Al elegir la opción de pago mensual, usted autoriza a Dental Health Services a retirar el pago mensual correspondiente de su cuenta. La autorización permanecerá en pleno vigor y efecto durante al menos un año, y se renueva automáticamente a menos que se reciba una notificación por escrito 60 días antes del vencimiento del plazo anual.

Al enviar este formulario, autorizo a mi dentista a entregar cualquier información relacionada con mi historial de paciente a Dental Health Services, a los profesionales de consultoría o a otras entidades designadas y autorizadas para el propósito de certificar, comprar, proporcionar, evaluar o administrar beneficios. La autorización permanece vigente hasta que yo la revoque por escrito. También certifico que tengo más de 18 años de edad. **Estoy de acuerdo en que si cancelo mi membresía durante el primer año, se me cobrará una tarifa de cancelación de \$35.00 y recibiré un reembolso proporcional, de ser aplicable.**

Es un delito proporcionar información falsa, incompleta o engañosa a un contratista de servicios limitados de atención de salud con el propósito de defraudar a la compañía. Las sanciones incluyen cárcel, multas y negación de los beneficios.

¡Ya está listo!

A M			
PARA USO ADMINISTRATIVO ÚNICAMENTE	Fecha de entrada en vigor	Ciclo	N.º de grupo
	N.º de plan	N.º de P/S	N.º de I.A.
	Nombre del agente		N.º de agente