

*We cover what matters.*



# Dental Plan Benefits

**ALLKids**  
1.888.373.5437

**alabamapublichealth.gov**

Effective October 1, 2020  
Fecha de entrada en vigencia:  
1 de octubre de 2020

Visit our website at  
**AlabamaBlue.com**



**BlueCross BlueShield  
of Alabama**

An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

**ALL Kids  
Dental Benefits  
October 1, 2020**

**Note: All services must be rendered by a Preferred Dentist.  
Services rendered by a non-Preferred Dentist will not be covered.**

<b>GENERAL PROVISIONS</b>	
<b>Deductible</b>	No deductible
<b>Maximum</b>	\$1,500 per member each calendar year excluding diagnostic and preventive services
<b>DIAGNOSTIC AND PREVENTIVE (Exams and Cleanings)</b>	
<b>No Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance. <b>Low Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance. <b>Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance.	
<b>RESTORATIVE (Fillings and Root Canals)</b>	
<b>No Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance. <b>Low Fee:</b> \$5 copay per visit, then covered at 100% of the allowance. <b>Fee:</b> \$20 copay per visit, then covered at 100% of the allowance.	
<b>SUPPLEMENTAL (Oral Surgery and Anesthesia)</b>	
<b>No Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance. <b>Low Fee:</b> \$5 copay per visit, then covered at 100% of the allowance. <b>Fee:</b> \$20 copay per visit, then covered at 100% of the allowance.	
<b>Note:</b> Precertification if required for inpatient hospital visits.	
<b>PROSTHETIC (Crowns and Dentures)</b>	
<b>No Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance. <b>Low Fee:</b> \$5 copay per visit, then covered at 100% of the allowance. <b>Fee:</b> \$20 copay per visit, then covered at 100% of the allowance.	
<b>PERIODONTIC (Gum Disease)</b>	
<b>No Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance. <b>Low Fee:</b> \$5 copay per visit, then covered at 100% of the allowance. <b>Fee:</b> \$20 copay per visit, then covered at 100% of the allowance.	

**Note: Benefits for orthodontia are covered under the medical plan for certain diagnosed conditions. Refer to your benefit booklet for more information.**

**This is not a contract. Benefits are subject to the terms, limitations and conditions of the group contract.**

## Notice of Nondiscrimination

Blue Cross and Blue Shield of Alabama, an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association, complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. We do not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Blue Cross and Blue Shield of Alabama:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages

If you need these services, contact our 1557 Compliance Coordinator. If you believe that we have failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance in person or by mail, fax, or email at: Blue Cross and Blue Shield of Alabama, Compliance Office, 450 Riverchase Parkway East, Birmingham, Alabama 35244, Attn: 1557 Compliance Coordinator, 1-855-216-3144, 711 (TTY), 1-205-220-2984 (fax), [1557Grievance@bcbsal.org](mailto:1557Grievance@bcbsal.org) (email). If you need help filing a grievance, our 1557 Compliance Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

## Foreign Language Assistance

**Spanish:** ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-216-3144 (TTY: 711)

**Korean:** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-216-3144 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

**Chinese:** 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 1-855-216-3144 (TTY: 711)。

**Vietnamese:** CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-216-3144 (TTY: 711).

**Arabic:** انتباه: إذا كنت تتحدث العربية، توجد خدمات مساعدة فيما يتعلق باللغة، بدون تكلفة، متاحة لك. اتصل بـ 1-855-216-3144 (الهاتف النصي: 711).

**German:** ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-216-3144 (TTY: 711).

**French:** ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-216-3144 (ATS: 711).

**French Creole:** ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-855-216-3144 (TTY: 711).

**Gujarati:** ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હોય, તો ભાષા સહાયતા સેવા, તમારા માટે નિ:શુલ્ક ઉપલબ્ધ છે. 1-855-216-3144 પર કોલ કરો (TTY: 711).

**Tagalog:** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-216-3144 (TTY: 711).

**Hindi:** ध्यान दें: अगर आपकी भाषा हिंदी है, तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएँ नि:शुल्क उपलब्ध हैं। 1-855-216-3144 (TTY: 711) पर कॉल करें।

**Laotian:** ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທສ 1-855-216-3144 (TTY: 711).

**Russian:** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-216-3144 (телетайп: 711).

**Portuguese:** ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-855-216-3144 (TTY: 711).

**Polish:** UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-855-216-3144 (TTY: 711).

**Turkish:** DİKKAT: Eğer Türkçe konuşuyor iseniz, dil yardımı hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanabilirsiniz. 1-855-216-3144 (TTY: 711) irtibat numaralarını arayın.

**Italian:** ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-855-216-3144 (TTY: 711).

**Japanese:** 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。1-855-216-3144 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

**ALL Kids**  
**Beneficios dentales**  
**1 de octubre de 2020**

**Nota: Todos los servicios deben ser prestados por un dentista preferido.  
 Los servicios prestados por un dentista no preferido no se cubrirán.**

<b>DISPOSICIONES GENERALES</b>	
<b>Deducible</b>	Sin deducible
<b>Máximo</b>	\$1,500 por miembro cada año calendario, excluyendo los servicios de diagnóstico y preventivos.
<b>PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO Y PREVENCIÓN (Exámenes y Limpiezas)</b>	
<b>Sin Cargo:</b> Sin copago, luego se cubre el 100% de la asignación. <b>Cargo Bajo:</b> Sin copago, luego se cubre el 100% de la asignación. <b>Cargo:</b> Sin copago, luego se cubre el 100% de la asignación.	
<b>PROCEDIMIENTOS DE RESTAURACIÓN (Empastes y Empastes de las Raíces)</b>	
<b>Sin Cargo:</b> Sin copago, luego se cubre el 100% de la asignación. <b>Cargo Bajo:</b> Copago de \$5 por consulta, luego se cubre el 100% de la asignación. <b>Cargo:</b> Copago de \$20 por consulta, luego se cubre el 100% de la asignación.	
<b>PROCEDIMIENTOS COMPLEMENTARIOS (Cirugía y Anestesia Orales)</b>	
<b>Sin Cargo:</b> Sin copago, luego se cubre el 100% de la asignación. <b>Cargo Bajo:</b> Copago de \$5 por consulta, luego se cubre el 100% de la asignación. <b>Cargo:</b> Copago de \$20 por consulta, luego se cubre el 100% de la asignación.	
<b>Nota:</b> se necesita una precertificación para las visitas a pacientes hospitalizados.	
<b>PROCEDIMIENTOS PROTÉSICOS (Coronas y Dentaduras Postizas)</b>	
<b>Sin Cargo:</b> Sin copago, luego se cubre el 100% de la asignación. <b>Cargo Bajo:</b> Copago de \$5 por consulta, luego se cubre el 100% de la asignación. <b>Cargo:</b> Copago de \$20 por consulta, luego se cubre el 100% de la asignación.	
<b>PROCEDIMIENTOS PERIODONTALES (Enfermedad Periodontal)</b>	
<b>Sin Cargo:</b> Sin copago, luego se cubre el 100% de la asignación. <b>Cargo Bajo:</b> Copago de \$5 por consulta, luego se cubre el 100% de la asignación. <b>Cargo:</b> Copago de \$20 por consulta, luego se cubre el 100% de la asignación.	

**Nota: El plan médico cubre los beneficios relacionados con la ortodoncia correspondientes a algunas condiciones diagnosticadas. Consulte su folleto de beneficios para obtener más información.**

**Este documento no constituye un contrato. Los beneficios están sujetos a los términos, las limitaciones y las condiciones del contrato colectivo.**

Group 05000

### Aviso de no discriminación: formulario extenso

Blue Cross and Blue Shield of Alabama, que es una corporación independiente que opera bajo una licencia de Blue Cross and Blue Shield Association, cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina según la raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. No excluimos a las personas ni las tratamos de forma diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo.

Blue Cross and Blue Shield of Alabama:

- Provee ayuda y servicios gratuitos a las personas que tienen discapacidades para que se comuniquen con nosotros de forma efectiva, tales como intérpretes de lenguaje de señas calificados e información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Presta servicios de idioma gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas

Si usted necesita estos servicios, comuníquese con nuestro Coordinador de cumplimiento 1557. Si considera que no hemos prestado estos servicios o que lo hemos discriminado de otra forma según la raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una inconformidad en persona o por correo postal, fax o correo electrónico a: Blue Cross and Blue Shield of Alabama, Compliance Office, 450 Riverchase Parkway East, Birmingham, Alabama 35244, Attn: 1557 Compliance Coordinator, 1-855-216-3144, 711 (TTY), 1-205-220-2984 (fax), [1557Grievance@bcbsal.org](mailto:1557Grievance@bcbsal.org) (correo electrónico). Si necesita ayuda para presentar una inconformidad, nuestro Coordinador de cumplimiento 1557 está disponible para ayudarle. También puede presentar una queja de derechos civiles con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS, en inglés), Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente 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 postal 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, 1-800-537-7697 (TDD). Los formularios para presentar quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

### Ayuda en idioma extranjero

**Spanish:** ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-216-3144 (TTY: 711)

**Korean:** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-216-3144 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

**Chinese:** 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 1-855-216-3144 (TTY: 711)。

**Vietnamese:** CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-216-3144 (TTY: 711).

**Arabic:** انتباه: إذا كنت تتحدث العربية، توجد خدمات مساعدة فيما يتعلق باللغة، بدون تكلفة، متاحة لك. اتصل ب 1-855-216-3144 (الهاتف النصي: 711)

**German:** ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-216-3144 (TTY: 711).

**French:** ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-216-3144 (ATS: 711).

**French Creole:** ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-855-216-3144 (TTY: 711).

**Gujarati:** ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હોય, તો ભાષા સહાયતા સેવા, તમારા માટે નિ:શુલ્ક ઉપલબ્ધ છે. 1-855-216-3144 પર કોલ કરો (TTY: 711).

**Tagalog:** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-216-3144 (TTY: 711).

**Hindi:** ध्यान दें: अगर आपकी भाषा हिंदी है, तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएँ नि:शुल्क उपलब्ध हैं। 1-855-216-3144 (TTY: 711) पर कॉल करें।

**Laotian:** ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ຄ່າຈ່າຍ, ຈຳນວນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-855-216-3144 (TTY: 711).

**Russian:** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-216-3144 (телетайп: 711).

**Portuguese:** ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-855-216-3144 (TTY: 711).

**Polish:** UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-855-216-3144 (TTY: 711).

**Turkish:** DİKKAT: Eğer Türkçe konuşuyor iseniz, dil yardımı hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanabilirsiniz. 1-855-216-3144 (TTY: 711) irtibat numaralarını arayın.

**Italian:** ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-855-216-3144 (TTY: 711).

**Japanese:** 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。1-855-216-3144 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。