

Matriz de Divulgación del Resumen de Cobertura y Beneficios Dentales (SDBC, por sus siglas en inglés)

Parte I: INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del plan: SmileSM Spectrum Premier Plus 50/1500/Ortho/U90
Tipo de línea del producto: DPPO
Fecha de comienzo: del 1/1/2026 en adelante

Nombre del producto: A20058-SP
Teléfono del plan: 1-888-702-4171
Sitio web del plan: blueshieldca.com

EL OBJETIVO DE ESTA MATRIZ ES AYUDARLE A COMPARAR LOS BENEFICIOS DE LA COBERTURA Y LO QUE PAGARÁ POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS. ES SOLO UN RESUMEN Y NO INCLUYE EL COSTO DE LAS PRIMAS DE ESTE PAQUETE DE BENEFICIOS DENTALES. PARA VER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS LIMITACIONES Y LOS BENEFICIOS DE LA COBERTURA, LEA LA EVIDENCIA DE COBERTURA Y EL CONTRATO DENTAL. SI NECESITA MÁS INFORMACIÓN SOBRE SU COBERTURA, VISITE EL SITIO WEB DEL PLAN EN blueshieldca.com O LLAME AL 1-888-702-4171. ESTA MATRIZ NO ES UNA GARANTÍA DE GASTOS NI DE PAGO.

Parte II: DEDUCIBLES

Deducible	Dentro de la red	Fuera de la red
Dental	\$50 por persona \$150 por familia	\$50 por persona \$150 por familia
Ortodoncia	Ninguno	Ninguno

- El deducible se aplica a todos los servicios, menos a los servicios preventivos y de diagnóstico, a los beneficios dentales ampliados para embarazadas y a los servicios de ortodoncia. Cualquier cantidad que pague por servicios dentro de la red o fuera de la red se aplicará a los deducibles por año calendario tanto dentro como fuera de la red.
- El **deducible** es la cantidad que tiene que pagar por los servicios dentales cubiertos cada año del plan antes de que el plan empiece a pagar el costo del tratamiento dental cubierto.
- Los **servicios dentro de la red** son servicios de atención dental brindados por dentistas o por otros proveedores de atención dental autorizados que tienen un contrato con su plan para brindar esos servicios.
- Los **servicios fuera de la red** son servicios de atención dental brindados por dentistas o por otros proveedores de atención dental autorizados que no tienen un contrato con su plan.

Agencia de Salud y Servicios Humanos del Department of Managed Health Care (DMHC, Departamento de Atención de la Salud Administrada) del Estado de California: DMHC 10-278, desde el 1/9/2022.

Parte III: MÁXIMOS QUE PAGARÁ EL PLAN

Máximos	Dentro de la red	Fuera de la red
Máximo anual	Todos los servicios, menos la ortodoncia: \$1,500 combinados con la cantidad por servicios fuera de la red	Todos los servicios, menos la ortodoncia: \$1,500 combinados con la cantidad por servicios dentro de la red
Máximo anual o durante la membresía para ortodoncia	Anual: \$1,000 combinados con la cantidad por servicios fuera de la red	Anual: \$1,000 combinados con la cantidad por servicios dentro de la red

- El **máximo anual** es la cantidad máxima de dinero que pagará su plan por el costo de la atención dental en un período específico; en general, un período de 12 meses consecutivos o un año calendario. **No todos los servicios se acumulan para el máximo anual.**
- El **máximo durante la membresía** es la cantidad máxima de dinero que pagará el plan que le brinda beneficios dentales mientras dure su inscripción. En general, los máximos durante la membresía se aplican a servicios específicos, como el tratamiento de ortodoncia.

Parte IV: PERÍODOS DE ESPERA

Períodos de espera: El período de espera es la cantidad de tiempo que tiene que pasar antes de que usted sea elegible para recibir beneficios o servicios para todos los tratamientos dentales o para algunos de ellos. **Su paquete de beneficios dentales no tiene período de espera.**

Parte V: LO QUE PAGARÁ USTED

Todos los costos de copago y coseguro que están en este cuadro se aplican después de que se haya llegado a su deducible (si es que hay un deducible). Los procedimientos dentales comunes están dentro de una de las siguientes categorías: preventivos y de diagnóstico, básicos o mayores. La columna "Limitaciones y exclusiones de beneficios" solo incluye las limitaciones y las exclusiones más comunes. Para ver toda la lista, lea el documento de divulgación completo que se menciona en la columna "Limitaciones y exclusiones de beneficios".

Procedimientos dentales comunes	Categoría	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones y exclusiones de beneficios
<i>Examen bucodental</i>	Preventivo y de diagnóstico	\$0	\$0	Los exámenes bucodentales completos incluidos aquí están limitados a uno por período de 3 años. Los exámenes bucodentales periódicos tienen limitaciones y un costo compartido aparte. Si necesita información, lea el <i>Resumen de Beneficios</i> .

Procedimientos dentales comunes	Categoría	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones y exclusiones de beneficios
<i>Radiografía de aleta de mordida</i>	Preventivo y de diagnóstico	\$0	\$0	Radiografía de aleta de mordida, una película radiográfica: dos grupos de una película o un grupo de dos películas cada 6 meses.
<i>Limpieza</i>	Preventivo y de diagnóstico	\$0	\$0	Profilaxis, adultos: dos en un período de 12 meses. Beneficio dental ampliado para embarazadas: cobertura total como servicio preventivo de una limpieza adicional en un período de 12 meses.
<i>Empaste</i>	Básico	10 %	20 %	Resina compuesta, una superficie, anterior: una vez por diente en un período de 12 meses.
<i>Extracción, diente erupcionado o con raíz expuesta</i>	Básico	10 %	20 %	Extracción, diente erupcionado o con raíz expuesta, incluso elevación y/o retiro con fórceps: una vez por diente.
<i>Conducto radicular</i>	Básico	10 %	20 %	Tratamiento de endodoncia, diente molar (no incluye reconstrucción final): uno por diente durante la membresía.
<i>Raspado y alisado radicular</i>	Básico	10 %	20 %	Raspado y alisado radicular periodontales, cuatro o más dientes, por cuadrante: una vez por cuadrante en un período de 24 meses; dos cuadrantes por visita. Beneficio dental ampliado para embarazadas: cobertura total como servicio preventivo de un ciclo (hasta 4 cuadrantes) de raspado y alisado radicular periodontales durante el embarazo si hay un comprobante de problema periodontal existente.
<i>Corona de cerámica</i>	Mayor	40 %	50 %	Corona, porcelana/cerámica: una por diente en un período de 5 años.

Procedimientos dentales comunes	Categoría	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones y exclusiones de beneficios
<i>Dentadura postiza parcial extraíble</i>	Mayor	40 %	50 %	Dentadura postiza parcial maxilar, estructura de metal fundido con bases de la dentadura postiza de resina, incluidos los materiales de sujeción/retención, los soportes y los dientes: una en un período de 5 años.
<i>Extracción, diente erupcionado con retiro de hueso</i>	Básico	10 %	20 %	Extracción, diente erupcionado que necesita retiro de hueso y/o división de diente, incluso elevación del colgajo mucoperióstico si así se indica: una vez por diente.
<i>Ortodoncia</i>	Ortodoncia	50 %	50 %	Un ciclo de tratamiento continuo en un período de 24 meses consecutivos.

Parte VI: EJEMPLOS DE COBERTURA

ESTOS EJEMPLOS NO SON ESTIMADORES DE COSTOS NI GARANTÍA DE PAGO. Los siguientes ejemplos representan los servicios preventivos y de diagnóstico, básicos y mayores que se usan con más frecuencia y sirven para comparar este producto con otros productos dentales que usted pueda estar considerando. Es probable que sus costos reales no coincidan con los que aparecen en el cuadro de abajo, ya que dependerán de la atención real que reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores.

Preste atención a los costos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y al resumen de los servicios excluidos del plan.

Dana tiene una consulta con un dentista nuevo	Sam necesita un empaste	María necesita una corona
Examen, radiografías (de toda la boca) y limpieza por ser paciente nueva	Resina compuesta: una superficie, posterior	Corona: sustrato de porcelana/cerámica

Visita de Dana	Costo de Dana	Visita de Sam	Costo de Sam	Visita de María	Costo de María
Costo total de la atención	Dentro de la red: \$400 Fuera de la red: \$550	Costo total de la atención	Dentro de la red: \$150 Fuera de la red: \$200	Costo total de la atención	Dentro de la red: \$1,300 Fuera de la red: \$1,750
Deducible	Dentro de la red: \$50	Deducible	Dentro de la red: \$50	Deducible	Dentro de la red: \$50

Visita de Dana	Costo de Dana	Visita de Sam	Costo de Sam	Visita de María	Costo de María
	Fuera de la red: \$50		Fuera de la red: \$50		Fuera de la red: \$50
Máximo anual (lo que pagará el plan)	Dentro de la red: \$1,500 Fuera de la red: \$1,500	Máximo anual (lo que pagará el plan)	Dentro de la red: \$1,500 Fuera de la red: \$1,500	Máximo anual (lo que pagará el plan)	Dentro de la red: \$1,500 Fuera de la red: \$1,500
Costo para el paciente (copago o coseguro)	Dentro de la red: \$0 Fuera de la red: \$0	Costo para el paciente (copago o coseguro)	Dentro de la red: 10 % Fuera de la red: 20 %	Costo para el paciente (copago o coseguro)	Dentro de la red: 40 % Fuera de la red: 50 %
En este ejemplo, Dana pagaría lo siguiente (incluye copagos/coseguro y deducible, si corresponde):	Dentro de la red: \$0 Fuera de la red: \$0	En este ejemplo, Sam pagaría lo siguiente (incluye copagos/coseguro y deducible, si corresponde):	Dentro de la red: \$65 Fuera de la red: \$90	En este ejemplo, María pagaría lo siguiente (incluye copagos/coseguro y deducible, si corresponde):	Dentro de la red: \$570 Fuera de la red: \$925
Resumen de lo que no está cubierto o está sujeto a limitaciones:	Examen: Uno en un período de 3 años. Radiografía (de toda la boca): Dos grupos de una película o un grupo de dos películas cada 6 meses. Limpieza: Dos en un período de 12 meses.	Resumen de lo que no está cubierto o está sujeto a limitaciones:	Una vez por diente en un período de 12 meses.	Resumen de lo que no está cubierto o está sujeto a limitaciones:	Una por diente en un período de 5 años.

AVISOS DISPONIBLES EN INTERNET

Nondiscrimination and Language Assistance Services

Blue Shield complies with applicable state and federal civil rights laws. We also offer language assistance services at no additional cost.

View our nondiscrimination notice and language assistance notice: blueshieldca.com/notices. You can also call for language assistance services: **(866) 346-7198 (TTY: 711)**.

If you are unable to access the website above and would like to receive a copy of the nondiscrimination notice and language assistance notice, please call Customer Care at **(888) 256-3650 (TTY: 711)**.

Servicios de asistencia en idiomas y avisos de no discriminación

Blue Shield cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables. También, ofrecemos servicios de asistencia en idiomas sin costo adicional.

Vea nuestro aviso de no discriminación y nuestro aviso de asistencia en idiomas en blueshieldca.com/notices. Para obtener servicios de asistencia en idiomas, también puede llamar al **(866) 346-7198 (TTY: 711)**.

Si no puede acceder al sitio web que aparece arriba y desea recibir una copia del aviso de no discriminación y del aviso de asistencia en idiomas, llame a Atención al Cliente al **(888) 256-3650 (TTY: 711)**.

非歧視通知和語言協助服務

Blue Shield 遵守適用的州及聯邦政府的民權法。同時，我們免費提供語言協助服務。

如需檢視我司的非歧視通知和語言幫助通知，請造訪 blueshieldca.com/notices。您還可致電尋求語言協助服務：**(866) 346-7198 (TTY: 711)**。

如果您無法造訪上述網站，且希望收到一份非歧視通知和語言幫助通知的副本，請致電客戶服務部，電話：**(888) 256-3650 (TTY: 711)**。