

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 1/1/2023 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

- 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 23/7/2021.

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 Ortodoncia: \$1,000	Sí, el costo compartido será más alto. Comuníquese con su plan.
Máximo durante la membresía para ortodoncia	No	No

- 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	Uno en un período de 3 años.
<i>Radiografía de aleta de mordida</i>	Preventivo y de diagnóstico	\$0	\$0	Dos en un período de 6 meses.

Procedimientos dentales comunes	Categoría	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones y exclusiones de beneficios
<i>Limpieza</i>	Preventivo y de diagnóstico	\$0	\$0	Dos en un período de 12 meses. Beneficio dental ampliado para embarazadas de 17 años o más: cobertura total como servicio preventivo de una limpieza adicional en un período de 12 meses.
<i>Empaste</i>	Básico	10 %	20 %	Una vez por diente en un período de 12 meses.
<i>Extracción, diente erupcionado o con raíz expuesta</i>	Básico	10 %	20 %	Una vez por diente.
<i>Conducto radicular</i>	Básico	10 %	20 %	Uno por diente durante la membresía.
<i>Raspado y alisado radicular</i>	Básico	10 %	20 %	Una vez por cuadrante en un período de 24 meses; dos cuadrantes por visita. Beneficio dental ampliado para embarazadas de 17 años o más: 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 %	Una por diente en un período de 5 años.
<i>Dentadura postiza parcial extraíble</i>	Mayor	40 %	50 %	Una en un período de 5 años.
<i>Extracción, diente erupcionado con retiro de hueso</i>	Básico	10 %	20 %	Una vez por diente.
<i>Ortodoncia</i>	Ortodoncia	50 %	50 %	Un ciclo de tratamiento continuo en un período de 24 meses.

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 Fuera de la red: \$50	Deducible	Dentro de la red: \$50 Fuera de la red: \$50	Deducible	Dentro 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: Sí, el costo compartido será más alto. Comuníquese con su plan.	Máximo anual (lo que pagará el plan)	Dentro de la red: \$1,500 Fuera de la red: Sí, el costo compartido será más alto. Comuníquese con su plan.	Máximo anual (lo que pagará el plan)	Dentro de la red: \$1,500 Fuera de la red: Sí, el costo compartido será más alto. Comuníquese con su plan.
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 %

Visita de Dana	Costo de Dana	Visita de Sam	Costo de Sam	Visita de María	Costo de María
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: Dos en un período de 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.

Blue Shield of California

Notice Informing Individuals about Nondiscrimination and Accessibility Requirements

Discrimination is against the law

Blue Shield of California complies with applicable state laws and federal civil rights laws, and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age or disability. Blue Shield of California does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, or disability.

Blue Shield of California:

- Provides aids and services at no cost to people with disabilities to communicate effectively with us such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (including large print, audio, accessible electronic formats, and other formats)
- Provides language services at no cost to people whose primary language is not English such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact the Blue Shield of California Civil Rights Coordinator.

If you believe that Blue Shield of California has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age or disability, you can file a grievance with:

Blue Shield of California
Civil Rights Coordinator
P.O. Box 629007
El Dorado Hills, CA 95762-9007

Phone: (844) 831-4133 (TTY: 711)

Fax: (844) 696-6070

Email: BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com

You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, our Civil Rights 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, DC 20201

(800) 368-1019; TTY: (800) 537-7697

Complaint forms are available at
www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Language Access Services

English: For assistance in English at no cost, call 1-866-346-7198.

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español sin cargo, llame al 1-866-346-7198.

Tagalog (Tagalog): Kung kailanganninyo ang libreng tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-346-7198.

Chinese (中文): 如果需要中文的免费帮助, 请拨打这个号码1-866-346-7198.

Navajo (Dine): Diné k'ehjí doo bą́ąh ílínígó shíka' at'oowoł nínízingo, kwijí' hodíílnih 1-866-346-7198.

Vietnamese (Tiếng Việt): Để được hỗ trợ miễn phí tiếng Việt, vui lòng gọi đến số 1-866-346-7198.

Korean (한국어): 한국어도움이 필요하시면, 1-866-346-7198 무료전화 로전화하십시오.

Armenian (Հայերեն): Հայերեն լեզվով անվճար օգնություն ստանալու համար խնդրում ենք զանգահարել 1-866-346-7198.

Russian (Русский): если нужна бесплатная помощь на русском языке, то позвоните 1-866-346-7198.

Japanese (日本語): 日本語支援が必要な場合1-866-346-7198に電話をかけてください。無料で提供します。

Persian (فارسی): برای دریافت کمک رایگان زبان فارسی، لطفاً با شماره تلفن 1-866-346-7198 تماس بگیرید.

Punjabi (ਪੰਜਾਬੀ): ਪੰਜਾਬੀ ਵਿਚ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 1-866-346-7198 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Khmer (ភាសាខ្មែរ): សូមជំនួយភាសាអង់គ្លេសដោយឥតគិតថ្លៃ សូមទាក់ទងមកលេខ 1-866-346-7198។

Arabic (العربية): لحصول على المساعدة في اللغة العربية مجاناً، تفضل باتصال على هذا الرقم: 1-866-346-7198.

Hmong (Hmoob): Xav tau kev pab dawb lub Hmoob, thov hu rau 1-866-346-7198.

Hindi (हिन्दी): हिन्दी में बिना खर्च के सहायता के लिए, 1-866-346-7198 पर कॉल करें।

Thai (ไทย): สำหรับความช่วยเหลือเป็นภาษาไทยโดยไม่มีค่าใช้จ่ายโปรดโทร 1-866-346-7198

Laotian (ພາສາລາວ): ສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາລາວແບບບໍ່ເສຍຄ່າ, ກະລຸນາໂທ1-866-346-7198.