

Resumen de beneficios dentales y tabla de divulgación de cobertura (SDBC)

Parte I: INFORMACIÓN GENERAL

Nombre de la aseguradora: Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company

Tipo de póliza: PPO

Fecha de entrada en vigencia: A partir del 09/01/2024

Nombre del plan: Essential Choice PPO

N.º de teléfono de la aseguradora: 1-844-729-1565

Sitio web de la aseguradora: www.anthem.com/ca

EL OBJETIVO DE ESTA TABLA ES AYUDARLO A COMPARAR LOS BENEFICIOS DE COBERTURA Y LO QUE USTED PAGARÁ POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS. ESTE ES SOLO UN RESUMEN Y NO INCLUYE LOS COSTOS DE LAS PRIMAS DE ESTE PAQUETE DE BENEFICIOS DENTALES. CONSULTE SU EVIDENCIA DE COBERTURA Y CONTRATO DENTAL PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LAS LIMITACIONES DE LA COBERTURA. PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE SU COBERTURA, VISITE EL SITIO WEB DE LA ASEGURADORA EN www.anthem.com/ca O LLAME AL 1-844-729-1565.

ESTA TABLA NO ES UNA GARANTÍA DE GASTOS O PAGOS.

Parte II: DEDUCIBLES

Deducible	Dentro de la red	Fuera de la red
Atención dental	\$50 por persona/\$150 por familia	\$50 por persona/\$150 por familia
Ortodoncia	Ninguno	Ninguno

- **El deducible se aplica a todos los servicios, salvo Ortodoncia, Preventivo y diagnóstico**
- Un **deducible** es el monto que usted debe pagar por los servicios dentales cubiertos cada año de póliza antes de que la aseguradora comience a pagar el costo del tratamiento dental cubierto.
- Los **servicios dentro de la red** son servicios de atención dental brindados por dentistas u otros proveedores de atención dental certificados que tienen contrato con su aseguradora para tarifas de pago alternativas para servicios dentales.
- Los **servicios fuera de la red** son servicios de atención dental brindados por dentistas u otros proveedores de atención dental certificados que no tienen contrato con su aseguradora para tarifas de pago alternativas.

Parte III: LA PÓLIZA DE MONTOS MÁXIMOS PAGARÁ

Máximos	Dentro de la red	Fuera de la red
Máximo anual	\$1,000	\$1,000
Máximo de por vida o máximo anual para ortodoncia	Monto máximo de por vida \$3,000	Monto máximo de por vida \$3,000

- **Monto máximo anual** es el monto máximo en dólares que su póliza pagará por el costo de la atención dental dentro de un periodo específico, generalmente un periodo consecutivo de 12 meses o año calendario.
- **Monto máximo de por vida** se refiere al monto máximo en dólares que su póliza que proporciona beneficios dentales pagará durante la vida del inscrito. Los montos máximos de por vida generalmente se aplican a servicios específicos, como el tratamiento de ortodoncia.

Parte IV: PERIODOS DE ESPERA

Periodos de espera: Un periodo de espera es la cantidad de tiempo que debe pasar antes de que usted sea elegible para recibir beneficios para todos o ciertos tratamientos dentales.

Período de espera de 24 meses para el reemplazo de dientes faltantes antes de la fecha de entrada en vigencia del miembro

Parte V: LO QUE USTED PAGARÁ

Todos los costos de copagos y coseguros que se muestran en este cuadro se aplican después de que se haya alcanzado el deducible, si se aplica un deducible. Los procedimientos dentales comunes se ajustan a una de las siguientes categorías aplicables: Servicios preventivos y de diagnóstico, básicos o complejos. La columna “Limitaciones y exclusiones de beneficios” incluye limitaciones y exclusiones comunes únicamente. Para obtener una lista completa, consulte el documento de divulgación completo al que se hace referencia 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 bucal</i>	Preventivo y diagnóstico	0% No se aplica deducible	50% No se aplica deducible	2 por 12 meses Para conocer las limitaciones y exclusiones consulte los Servicios cubiertos, la sección de Atención preventiva de su Certificado de cobertura.

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 diagnóstico	0% No se aplica deducible	50% No se aplica deducible	1 por 12 meses Para conocer las limitaciones y exclusiones consulte los Servicios cubiertos, la sección de Atención preventiva de su Certificado de cobertura
<i>Limpieza</i>	Preventivo y diagnóstico	0% No se aplica deducible	50% No se aplica deducible	2 por 12 meses Para conocer las limitaciones y exclusiones consulte los Servicios cubiertos, la sección de Atención preventiva de su Certificado de cobertura
<i>Empaste</i>	Básico	20%	50%	1 por 24 meses por diente/superficie Para conocer las limitaciones y exclusiones consulte los Servicios cubiertos, la sección de Servicios básicos de restauración de su Certificado de cobertura.
<i>Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta</i>	Básico	50%	50%	1 por diente de por vida Para conocer las limitaciones y exclusiones consulte los Servicios cubiertos, la sección de Servicios básicos de restauración de su Certificado de cobertura.
<i>Tratamiento de conducto</i>	Básico	20%	50%	1 por diente de por vida Para conocer las limitaciones y exclusiones consulte los Servicios cubiertos, la sección de Servicios de endodoncia de su Certificado de cobertura.
<i>Raspado y alisado radicular</i>	Básico	20%	50%	1 por 24 meses por cuadrante Para conocer las limitaciones y exclusiones consulte los Servicios cubiertos, la sección de Servicios periodontales de su Certificado de cobertura.
<i>Extracción, diente erupcionado con extracción ósea</i>	Básico	20%	50%	1 por diente de por vida Para conocer las limitaciones y exclusiones consulte los Servicios cubiertos, la sección de Servicios básicos de restauración de su Certificado de cobertura.
<i>Corona de cerámica</i>	Complejo	50%	50%	1 por 84 meses por diente Para conocer las limitaciones y exclusiones consulte

Procedimientos dentales comunes	Categoría	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones y exclusiones de beneficios
				los Servicios cubiertos, la sección de Servicios de restauración complejos de su Certificado de cobertura.
<i>Dentadura postiza parcial extraíble</i>	Complejo	50%	50%	Período de espera de 24 meses para el reemplazo de dientes faltantes antes de la fecha de entrada en vigencia del miembro 1 por 84 meses Para conocer las limitaciones y exclusiones consulte los Servicios cubiertos, la sección de Servicios de prostodoncia de su Certificado de cobertura.
<i>Ortodoncia</i>	Ortodoncia	50% No se aplica deducible	50% No se aplica deducible	Cobertura para hijos dependientes Para conocer las limitaciones y exclusiones, consulte los Servicios cubiertos, en la sección de Ortodoncia de su Certificado de cobertura.

Parte VI: EJEMPLOS DE COBERTURA

ESTOS EJEMPLOS NO REPRESENTAN UN ESTIMADOR DE COSTOS NI UNA GARANTÍA DE PAGO. Los ejemplos brindados representan servicios comúnmente usados en las categorías de Servicios preventivos y de diagnóstico, servicios básicos y complejos, con fines ilustrativos y para comparar este producto con otros productos dentales que pueda estar considerando. Es probable que sus costos reales sean diferentes de los que se muestran en el siguiente cuadro, según la atención real que reciba, los precios que cobran sus proveedores y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de costos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y en el resumen de servicios excluidos en virtud del plan.

Dana tiene una cita dental con un dentista nuevo	Sam necesita el empaste de un diente	Maria necesita una corona
Examen de paciente nuevo, radiografías (FMX) y limpieza	Compuesto a base de resina - una superficie, posterior	Corona - sustrato de porcelana/cerámica

Visita de Dana	Costo de Dana	Visita de Sam	Costo de Sam	Visita de Maria	Costo de Maria
Costo total de la atención	Dentro de la red: \$400 Fuera de la red: \$450	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: No corresponde Fuera de la red: No corresponde	Deducible	Dentro de la red: \$50 Fuera de la red: \$50	Deducible	Dentro de la red: \$50 Fuera de la red: \$50
Monto máximo anual (el plan pagará)	Dentro de la red: \$1,000 Fuera de la red: \$1,000	Monto máximo anual (el plan pagará)	Dentro de la red: \$1,000 Fuera de la red: \$1,000	Monto máximo anual (el plan pagará)	Dentro de la red: \$1,000 Fuera de la red: \$1,000

Visita de Dana	Costo de Dana	Visita de Sam	Costo de Sam	Visita de Maria	Costo de Maria
Costo del paciente (copago o coseguro)	Dentro de la red: 0% Fuera de la red: 50%	Costo del paciente (copago o coseguro)	Dentro de la red: 20% Fuera de la red: 50%	Costo del paciente (copago o coseguro)	Dentro de la red: 50% Fuera de la red: 50%
En este ejemplo, Dana pagaría (incluye copagos/coseguro y deducible, si corresponde):	Dentro de la red: \$0 Fuera de la red: \$225	En este ejemplo, Sam pagaría (incluye copagos/coseguro y deducible, si corresponde):	Dentro de la red: \$70 Fuera de la red: \$125	En este ejemplo, Maria pagaría (incluye copagos/coseguro y deducible, si corresponde):	Dentro de la red: \$675 Fuera de la red: \$900
Resumen de lo que no está cubierto o sujeto a una limitación:	Examen cubierto 2 por 12 meses Radiografía cubierta 1 por 36 meses Limpieza cubierta 2 por 12 meses	Resumen de lo que no está cubierto o sujeto a una limitación:	Cubierto 1 por 24 meses por diente/superficie	Resumen de lo que no está cubierto o sujeto a una limitación:	Cubierto 1 por 84 meses por diente