

SmileSM Basic Voluntary 75/1000/No Ortho/MAC

Resumen de beneficios
Desde el 1 de enero de 2019

ESTA MATRIZ ES SOLO UN RESUMEN PARA AYUDARLO A COMPARAR LOS BENEFICIOS DE LA COBERTURA. PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS LIMITACIONES Y LOS BENEFICIOS DE LA COBERTURA, LEA LA EVIDENCIA DE COBERTURA Y EL CONTRATO DEL PLAN.

Encuentre un dentista de la red

Es fácil elegir un dentista. Gracias a nuestra amplia red de dentistas PPO, podrá encontrar uno que le quede cerca. El directorio dental PPO está disponible en línea en la sección *Find a Provider* (Buscar un proveedor) en el sitio web blueshieldca.com, o llamando a Servicio al Cliente al **(888) 702-4171**. Cuando recibe atención de un dentista de la red, paga solamente los deducibles y los copagos que corresponden, sin tener que presentar ningún formulario de reclamación.

Si se atiende con un dentista que no es de la red

Elija a cualquier dentista autorizado. Si se atiende con un dentista que no es de la red, es posible que el total de sus gastos de bolsillo sea más alto. Usted paga cuando recibe el servicio y después puede presentar una reclamación ante Blue Shield para recibir el reembolso por el servicio cubierto, o puede elegir que se le envíe el reembolso a su dentista que no es de la red.

Características del plan	Proveedores de la red	Proveedores que no son de la red
Deducible por año civil (se aplica a los servicios cubiertos, con excepción de los servicios preventivos y de diagnóstico y los beneficios dentales ampliados para embarazadas)	\$75 (\$225 por familia)	\$75 (\$225 por familia)
Beneficio máximo por año civil (usted es responsable de los cargos por los servicios que sean mayores que la cantidad máxima)	\$1,000	\$750

Servicios cubiertos	Cobertura cuando son brindados por proveedores de la red	Pago máximo cuando son brindados por proveedores que no son de la red ¹
Servicios preventivos y de diagnóstico ^{2,3,4} (incluyen exámenes bucodentales de rutina, radiografías, limpiezas, pruebas de detección de cáncer bucal ⁴ y procedimientos de control de caries mediante evaluación de riesgos [CAMBRA, por sus siglas en inglés])	100%	50% del MAC
Servicios básicos (incluyen anestesia, tratamiento de emergencia para calmar el dolor, odontología reconstructiva, selladores y mantenedores de espacio)	50%	50% del MAC
Servicios mayores (incluyen reconstrucciones dentales con corona, coronas, prótesis, incrustaciones onlay, fundas, pernos muñones, cirugía bucodental, endodoncia y periodoncia)	50%	50% del MAC
Servicios de ortodoncia	Sin cobertura	Sin cobertura
Beneficios dentales ampliados para embarazadas ³ (incluyen profilaxis de rutina [incluso la limpieza de la gingivitis durante el embarazo], raspado y alisado radicular periodontal y mantenimiento periodontal)	100%	100% del MAC

Programa de recompensas transferibles Dental Smile Rollover Rewards ^{5,6}						
Beneficio máximo por año civil	Límite anual de reclamaciones	Recompensa anual en su cuenta	Recompensa anual por recibir atención de la red	Recompensa anual total	Cantidad máxima y total de recompensas en su cuenta	Beneficio total por año civil + cantidad máxima de recompensas en su cuenta
\$750	\$250	\$125	\$100	\$225	\$750	\$1,500

- 1 La cantidad de reembolso que corresponde a servicios brindados por dentistas no participantes es un porcentaje del cargo máximo permitido (MAC, por sus siglas en inglés). Cuando usa un dentista no participante, usted paga la cantidad que sea mayor que el porcentaje del MAC.
- 2 El control del riesgo de caries (control de caries mediante evaluación de riesgos, CAMBRA) consiste en evaluar el grado de riesgo que tiene un niño de sufrir caries (desgaste). Los niños cuya evaluación determina que tienen un "riesgo alto" de padecer caries (desgaste) podrán hacerse hasta 4 tratamientos con barniz de flúor por año civil junto con las limpiezas bianuales; los niños con "riesgo medio" podrán hacerse hasta 3 tratamientos con barniz de flúor además de las limpiezas bianuales; los niños con "riesgo bajo" podrán hacerse hasta 2 tratamientos con barniz de flúor además de las limpiezas bianuales. Cuando se pidan tratamientos con barniz de flúor adicionales, el proveedor debe completar y entregar una copia del formulario de CAMBRA entregado por la Asociación Dental Estadounidense (American Dental Association, ADA). Dicho formulario está disponible en el sitio web de la ADA.
- 3 Los beneficios dentales ampliados para embarazadas no se aplican al beneficio máximo por año civil.
- 4 Examen de prediagnóstico complementario que contribuye a la detección de anomalías en la mucosa, como lesiones premalignas y malignas, sin incluir procedimientos de citología o biopsia.
- 5 Con el programa de recompensas transferibles Dental Smile Rollover Rewards, Blue Shield lo premia por recibir durante el año atención de diagnóstico y preventiva de su dentista. Las recompensas se acumulan, se transfieren de un año a otro y están disponibles para usar a partir del siguiente período de beneficios (lea la sección sobre el programa de recompensas transferibles Dental Smile Rollover Rewards de la *Evidencia de cobertura* para obtener información detallada sobre cómo funciona el programa).
- 6 Si el plan del miembro tiene diferentes beneficios máximos iniciales por año civil para proveedores participantes y no participantes, la cantidad de la recompensa anual en su cuenta dependerá de la cantidad del beneficio máximo inicial por año civil para proveedores no participantes.

Para muchos beneficios, hay programas anuales predeterminados y limitaciones de frecuencia según la última fecha en que se brindaron y la necesidad médica. Si no está seguro de la frecuencia con la que puede acceder a un beneficio, puede llamar al **(888) 702-4171**.

Blue Shield of California

Aviso de información sobre los requisitos de no discriminación y accesibilidad

La discriminación es contra la ley

Blue Shield of California cumple con las leyes federales de derechos civiles y las leyes estatales aplicables y no discrimina a las personas por su raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad. Blue Shield of California no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad.

Blue Shield of California:

- Da ayuda y servicios gratis a personas con discapacidades para que se comuniquen bien con nosotros; por ejemplo:
 - Intérpretes calificados en lenguaje de señas.
 - Información escrita en otros formatos (incluso letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Da servicios de idiomas gratis a personas cuyo primer idioma no es el inglés; por ejemplo:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita alguno de estos servicios, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles de Blue Shield of California.

Si cree que Blue Shield of California no le ha dado estos servicios o que lo ha discriminado de otra manera, ya sea por su raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad, puede hacer un reclamo en:

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

Teléfono: (844) 831-4133 (TTY: 711)

Fax: (844) 696-6070

Correo electrónico: BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com

Puede hacer el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacer un reclamo, nuestro Coordinador de Derechos Civiles está a su disposición. También puede hacer una queja de derechos civiles en la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos) de manera electrónica mediante el portal de quejas de dicha oficina, que está disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono:

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

Los formularios de quejas están disponibles en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Notice of the Availability of Language Assistance Services

Blue Shield of California

IMPORTANT: Can you read this letter? If not, we can have somebody help you read it. You may also be able to get this letter written in your language. For help at no cost, please call right away at the Member/Customer Service telephone number on the back of your Blue Shield ID card, or (866) 346-7198.

IMPORTANTE: ¿Puede leer esta carta? Si no, podemos hacer que alguien le ayude a leerla. También puede recibir esta carta en su idioma. Para ayuda sin cargo, por favor llame inmediatamente al teléfono de Servicios al miembro/cliente que se encuentra al reverso de su tarjeta de identificación de Blue Shield o al (866) 346-7198. (Spanish)

重要通知：您能讀懂這封信嗎？如果不能，我們可以請人幫您閱讀。這封信也可以用您所講的語言書寫。如需免費幫助，請立即撥打登列在您的Blue Shield ID卡背面上的會員/客戶服務部的電話，或者撥打電話 (866) 346-7198。(Chinese)

QUAN TRỌNG: Quý vị có thể đọc lá thư này không? Nếu không, chúng tôi có thể nhờ người giúp quý vị đọc thư. Quý vị cũng có thể nhận lá thư này được viết bằng ngôn ngữ của quý vị. Để được hỗ trợ miễn phí, vui lòng gọi ngay đến Ban Dịch vụ Hội viên/Khách hàng theo số ở mặt sau thẻ ID Blue Shield của quý vị hoặc theo số (866) 346-7198. (Vietnamese)

MAHALAGA: Nababasa mo ba ang sulat na ito? Kung hindi, maari kaming kumuha ng isang tao upang matulungan ka upang mabasa ito. Maari ka ring makakuha ng sulat na ito na nakasulat sa iyong wika. Para sa libreng tulong, mangyaring tumawag kaagad sa numerong telepono ng Miyembro/Customer Service sa likod ng iyong Blue Shield ID kard, o (866) 346-7198. (Tagalog)

Baa' ákohwiindzindooígí: Díí naaltsoosísh yíiniłta'go bíinígah? Doo bíinígahgóó éí, naaltsoos nich'í' yiidóoltahígíí ła' nihee hółó. Díí naaltsoos áldó' t'áá Diné k'ehjí ádoolníł nínízíngó bíighah. Doo baa'á ílínígó shiká' adoowoł nínízíngó nihich'í' béesh bee hodiłnih dóó námboo éí díí Blue Shield bee néího'díłzinígí bine'déé' bikáá' éí doodagó éí (866) 346-7198 jį' hodiłnih. (Navajo)

중요: 이 서신을 읽을 수 있으세요? 읽으실 수 경우, 도움을 드릴 수 있는 사람이 있습니다. 또한 다른 언어로 작성된 이 서신을 받으실 수도 있습니다. 무료로 도움을 받으시려면 Blue Shield ID 카드 뒷면의 회원/고객 서비스 전화번호 또는 (866) 346-7198로 지금 전환하세요. (Korean)

ԿԱՐԵՎՈՐ Է. Կարողանում ե՞ք կարդալ այս նամակը: Եթե ոչ, ապա մենք կօգնենք ձեզ: Դուք պետք է նաև կարողանաք ստանալ այս նամակը ձեր լեզվով: Ծառայությունն անվճար է: Խնդրում ենք անմիջապես զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման բաժնի հեռախոսահամարով, որը նշված է ձեր Blue Shield ID քարտի ետևի մասում, կամ (866) 346-7198 համարով: (Armenian)

ВАЖНО: Не можете прочесть данное письмо? Мы поможем вам, если необходимо. Вы также можете получить это письмо написанное на вашем родном языке. Позвоните в Службу клиентской/членской поддержки прямо сейчас по телефону, указанному сзади идентификационной карты Blue Shield, или по телефону (866) 346-7198, и вам помогут совершенно бесплатно. (Russian)

重要：お客様は、この手紙を読むことができますか？もし読むことができない場合、弊社が、お客様をサポートする人物を手配いたします。また、お客様の母国語で書かれた手紙をお送りすることも可能です。無料のサポートを希望される場合は、Blue Shield IDカードの裏面に記載されている会員/お客様サービスの電話番号、または、(866) 346-7198にお電話をおかけください。 (Japanese)

ਮਹਮ: آیا می‌توانید این نامه را بخوانید؟ اگر پاسختان منفی است، می‌توانیم کسی را برای کمک به شما در اختیارتان قرار دهیم. حتی می‌توانید نسخه‌ی مکتوب این نامه را به زبان خودتان دریافت کنید. برای دریافت کمک رایگان، لطفاً بدون فوت وقت از طریق شماره تلفنی که در پشت کارت شناسایی Blue Shield تان درج شده است و یا از طریق شماره تلفن (866) 346-7198 با خدمات اعضا/مشتري تماس بگیرید.
(Persian)

ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ: ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਪੱਤਰ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹ ਸਕਦੇ ਹੋ? ਜੇ ਨਹੀਂ ਤਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹਨ ਵਿਚ ਮਦਦ ਲਈ ਅਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਪੱਤਰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿਚ ਲਿਖਿਆ ਹੋਇਆ ਵੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਮੁਫਤ ਵਿਚ ਮਦਦ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਰਾਡੇ Blue Shield ID ਕਾਰਡ ਦੇ ਪਿੱਛੇ ਦਿੱਤੇ ਮੈਂਬਰ/ਕਸਟਮਰ ਸਰਵਿਸ ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ ਤੇ, ਜਾਂ (866) 346-7198 ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। (Punjabi)

ប្រការសំខាន់៖ តើអ្នកអាចលិខិតនេះ បានដែរឬទេ? បើមិនអាចទេ យើងអាចឲ្យគេជួយអ្នកក្នុងការអានលិខិតនេះ។ អ្នកក៏អាចទទួលបានលិខិតនេះជាភាសារបស់អ្នកផងដែរ។ សម្រាប់ជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃ សូមហៅទូរស័ព្ទភ្លាមៗទៅកាន់លេខទូរស័ព្ទសេវាសមាជិក/អតិថិជនដែលមាននៅលើខ្ទងប័ណ្ណសម្គាល់ Blue Shield របស់អ្នក ឬតាមរយៈលេខ (866) 346-7198។ (Khmer)

المهم: هل تستطيع قراءة هذا الخطاب؟ أن لم تستطع قراءته، يمكننا إحضار شخص ما ليساعدك في قراءته. قد تحتاج أيضاً إلى الحصول على هذا الخطاب مكتوباً بلغتك. للحصول على المساعدة بدون تكلفة، يرجى الاتصال الآن على رقم هاتف خدمة العملاء/أحد الأعضاء المدون على الجانب الخلفي من بطاقة الهوية Blue Shield أو على الرقم (866) 346-7198. (Arabic)

TSEEM CEEB: Koj pos tuaj yeem nyeem tau tsab ntawv no? Yog hais tias nyeem tsis tau, peb tuaj yeem nrhiav ib tug neeg los pab nyeem nws rau koj. Tej zaum koj kuj yuav tau txais muab tsab ntawv no sau ua koj hom lus. Rau kev pab txhais dawb, thov hu kias rau tus xov tooj Kev Pab Cuam Tub Koom Xeeb/Tub Lag Luam uas nyob rau sab nraum nrob qaum ntawm koj daim npav Blue Shield ID, los yog hu rau tus xov tooj (866) 346-7198.
(Hmong)

สำคัญ: คุณอ่านจดหมายฉบับนี้ได้หรือไม่ หากไม่ได้ โปรดขอความช่วยเหลือจากผู้อ่านได้
คุณอาจได้รับจดหมายฉบับนี้เป็นภาษาของคุณ หากต้องการความช่วยเหลือโดยไม่มีค่าใช้จ่าย
โปรดติดต่อฝ่ายบริการลูกค้า/สมาชิกทางเบอร์โทรศัพท์ในบัตรประจำตัว Blue Shield ของคุณ หรือโทร
(866) 346-7198 (Thai)

ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ: क्या आप इस पत्र को पढ़ सकते हैं? यदि नहीं, तो हम इसे पढ़ने में आपकी मदद के लिए किसी व्यक्ति का प्रबंध कर सकते हैं। आप इस पत्र को अपनी भाषा में भी प्राप्त कर सकते हैं। निःशुल्क मदद प्राप्त करने के लिए अपने Blue Shield ID कार्ड के पीछे दिए गये मੈਂबर/कस्टमर सर्विस टेलीफोन नंबर, या (866) 346-7198 पर कॉल करें। (Hindi)

ສິ່ງສຳຄັນ: ທ່ານສາມາດອ່ານຈົດໝາຍນີ້ໄດ້ບໍ່? ຖ້າອ່ານບໍ່ໄດ້, ພວກເຮົາສາມາດໃຫ້ບາງຄົນຊ່ວຍອ່ານໃຫ້ທ່ານຟັງໄດ້.
ທ່ານຍັງສາມາດຂໍໃຫ້ແປຈົດໝາຍນີ້ເປັນພາສາຂອງທ່ານໄດ້. ສຳລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແບບບໍ່ເສຍຄ່າ, ກະລຸນາ
ໂທຫາເບີໂທຂອງຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກ/ລູກຄ້າໃນທັນທີເບີໂທລະສັບຢູ່ດ້ານຫຼັງບັດສະມາຊິກ Blue Shield ຂອງທ່ານ,
ຫຼືໂທໂທຫາເບີ(866) 346-7198. (Laotian)