

## Smile<sup>SM</sup> Spectrum Premier Plus 50/1000/Ortho/MAC

Este Resumen de Beneficios muestra la cantidad que pagará usted por los Servicios Cubiertos con este Plan de Blue Shield of California. Es solo un resumen y forma parte de la Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés)<sup>1</sup>. Para obtener detalles, lea ambos documentos con cuidado.

### Red de Proveedores Dentales:

### Red de DPPO

Este Plan usa una red específica de proveedores de atención dental llamada red de proveedores de DPPO. Los dentistas de esta red se llaman Dentistas Participantes. Paga menos por los Servicios Cubiertos cuando se atiende con un Dentista Participante que cuando se atiende con un Dentista No Participante. Puede encontrar Dentistas Participantes de esta red en [blueshieldca.com](https://blueshieldca.com).

### Deducible por Año Calendario (CYD)<sup>2</sup>

El Deducible por Año Calendario (CYD, por sus siglas en inglés) es la cantidad que paga un Miembro cada Año Calendario antes de que Blue Shield pague los Servicios Cubiertos del Plan. Blue Shield paga algunos Servicios Cubiertos antes de que se llegue al Deducible por Año Calendario, como se ve en el cuadro de Beneficios que está abajo.

|                              |                      | Cuando se usan Dentistas Participantes <sup>3</sup> o No Participantes <sup>4</sup> |
|------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Deducible por Año Calendario | Cobertura individual | \$50 por persona                                                                    |
|                              | Cobertura familiar   | \$50: por persona                                                                   |
|                              |                      | \$150: por Familia                                                                  |

### Beneficio máximo por Año Calendario<sup>5</sup>

Este Plan paga hasta la cantidad de pago máximo, según se indica para los Servicios y Suministros Cubiertos por año.

|                                     | Cuando se usan Dentistas Participantes <sup>3</sup> o No Participantes <sup>4</sup> |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Beneficio máximo por Año Calendario | \$1,000: por persona                                                                |

### Beneficio máximo por Año Calendario (Servicios de Ortodoncia)<sup>5</sup>

Este máximo para Servicios de Ortodoncia Cubiertos es independiente y se suma al Beneficio máximo por Año Calendario indicado anteriormente. Los Beneficios de Ortodoncia están cubiertos para adultos y niños.

|                                                               | Cuando se usan Dentistas Participantes <sup>3</sup> o No Participantes <sup>4</sup> |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Beneficio máximo por Año Calendario (Servicios de Ortodoncia) | \$1,000: por persona                                                                |

### Período de espera

Un período de espera es la cantidad de tiempo que usted debe estar cubierto por el Plan antes de que Blue Shield pague por los Servicios Cubiertos.

|                   |                       |
|-------------------|-----------------------|
| Período de espera | Sin período de espera |
|-------------------|-----------------------|

### Sin Límite de Dinero Durante la Membresía

En este Plan, no hay un límite de dinero en la cantidad total que pagará Blue Shield por los Servicios Cubiertos durante la membresía.

|                                                                           | Cuando se usan<br>Dentistas<br>Participantes <sup>3</sup> | Se<br>aplica<br>el CYD <sup>2</sup> | Cuando se usan<br>Dentistas<br>No Participantes <sup>4</sup> | Se<br>aplica<br>el CYD <sup>2</sup> |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Servicios preventivos y de diagnóstico</b>                             |                                                           |                                     |                                                              |                                     |
| Examen bucodental                                                         | \$0                                                       |                                     | \$0                                                          |                                     |
| Atención preventiva: limpieza                                             | \$0                                                       |                                     | \$0                                                          |                                     |
| Atención preventiva: radiografías                                         | \$0                                                       |                                     | \$0                                                          |                                     |
| Aplicación de flúor tópico                                                | \$0                                                       |                                     | \$0                                                          |                                     |
| Mantenimiento periodontal                                                 | \$0                                                       |                                     | \$0                                                          |                                     |
| Beneficios dentales ampliados para embarazadas                            | \$0                                                       |                                     | \$0                                                          |                                     |
| <b>Servicios básicos</b>                                                  |                                                           |                                     |                                                              |                                     |
| Selladores, por diente                                                    | 10%                                                       | ✓                                   | 20%                                                          | ✓                                   |
| Separadores fijos                                                         | 10%                                                       | ✓                                   | 20%                                                          | ✓                                   |
| Procedimientos reconstructivos                                            | 10%                                                       | ✓                                   | 20%                                                          | ✓                                   |
| Cirugía bucodental                                                        | 10%                                                       | ✓                                   | 20%                                                          | ✓                                   |
| Endodoncia                                                                | 10%                                                       | ✓                                   | 20%                                                          | ✓                                   |
| Periodoncia (que no sea de mantenimiento)                                 | 10%                                                       | ✓                                   | 20%                                                          | ✓                                   |
| <b>Servicios mayores</b>                                                  |                                                           |                                     |                                                              |                                     |
| Coronas y moldes de yeso                                                  | 40%                                                       | ✓                                   | 50%                                                          | ✓                                   |
| Prótesis dentales                                                         | 40%                                                       | ✓                                   | 50%                                                          | ✓                                   |
| Implantes                                                                 | 40%                                                       | ✓                                   | 50%                                                          | ✓                                   |
| <b>Ortodoncia</b>                                                         | 50%                                                       |                                     | 50%                                                          |                                     |
| <i>Los Beneficios de Ortodoncia están cubiertos para adultos y niños.</i> |                                                           |                                     |                                                              |                                     |

## Notas

### 1 Evidencia de Cobertura (EOC):

La Evidencia de Cobertura (EOC) describe los Beneficios, las limitaciones y las exclusiones que se aplican a la cobertura con este Plan. Lea la EOC para saber más sobre la cobertura descrita en este Resumen de Beneficios. Puede pedir una copia de la EOC en cualquier momento.

Las definiciones de los términos en mayúscula están en la EOC. Consulte la EOC para leer una explicación de los términos usados en este Resumen de Beneficios.

### 2 Deducible por Año Calendario (CYD):

Deducible por Año Calendario explicado. El Deducible es la cantidad que paga cada Año Calendario antes de que Blue Shield pague los Servicios Cubiertos del Plan.

Si este Plan tiene algún Deducible por Año Calendario, los Servicios Cubiertos sujetos a dicho Deducible están indicados con una marca de verificación (✓) en el cuadro de Beneficios que está más arriba.

Servicios Cubiertos que no están sujetos al Deducible por Año Calendario. Algunos Servicios Cubiertos son pagados por Blue Shield antes de que usted llegue a cualquier Deducible por Año Calendario. Dichos Servicios Cubiertos no están indicados con una marca de verificación (✓) en la columna "Se aplica el CYD" del cuadro de Beneficios que está más arriba.

La cobertura familiar tiene un Deducible individual dentro del Deducible Familiar. Esto significa que llegará al Deducible toda persona con cobertura Familiar que llegue al Deducible individual antes de que la Familia llegue al Deducible Familiar dentro de un Año Calendario. Cualquier cantidad que usted haya pagado para el Deducible de su plan individual se aplicará tanto para el Deducible individual como para el Deducible Familiar de su nuevo plan.

---

### 3 Uso de Dentistas Participantes:

Los Dentistas Participantes tienen un contrato para brindarles a los Miembros Servicios de Atención Dental. Cuando recibe Servicios Cubiertos de un Dentista Participante, usted es responsable solamente del Copago o el Coseguro, una vez que se haya llegado a cualquier Deducible por Año Calendario.

La definición de "Cantidad Permitida" está en la EOC. Además:

- El Coseguro se calcula a partir de la Cantidad Permitida.
- 

### 4 Uso de Dentistas No Participantes:

Los Dentistas No Participantes no tienen un contrato para brindarles a los Miembros Servicios de Atención Dental. Cuando recibe Servicios Cubiertos de un Dentista No Participante, usted es responsable de ambos gastos:

- el Copago o el Coseguro (una vez que se haya llegado a cualquier Deducible por Año Calendario), y
- cualquier cargo que sea mayor que la Cantidad Permitida (que puede ser alto).

La definición de "Cantidad Permitida" está en la EOC. Además:

- El Coseguro se calcula a partir de la Cantidad Permitida.
- Los cargos que sean mayores que la Cantidad Permitida no están cubiertos ni cuentan para ningún Beneficio máximo; además, usted es el responsable de pagárselos al proveedor. Estos gastos de bolsillo pueden ser altos.

La cantidad de reembolso para Dentistas No Participantes es un porcentaje del cargo máximo permitido (MAC, por sus siglas en inglés). Cuando se atiende con un Dentista No Participante, usted paga la cantidad que sea mayor que el porcentaje del MAC.

---

### 5 Beneficios máximos:

Su pago después de que llegue a cualquier Beneficio máximo. Usted pagará el 100% de todos los cargos después de que llegue a un Beneficio máximo.

Todos los Servicios Cubiertos cuentan para el Beneficio máximo por Año Calendario, con excepción de los Servicios de Ortodoncia. El Plan paga hasta la cantidad de pago máximo, según se indica para los Servicios y Suministros Cubiertos.

Todos los Servicios Cubiertos de Ortodoncia cuentan para el Beneficio máximo de Ortodoncia por Año Calendario. El Plan paga hasta la cantidad de pago máximo, según se indica para los Servicios y Suministros Cubiertos.

Los Beneficios dentales ampliados para embarazadas no se aplican al Beneficio máximo por Año Calendario.

---

### 6 Pagos del Miembro por separado cuando se reciben varios Servicios Cubiertos:

Cuando reciba varios Servicios Cubiertos, puede que deba pagar cada servicio por separado (Copago o Coseguro). Cuando pasa esto, es posible que sea responsable de pagar varios Copagos o Coseguros.

---

### 7 Servicios de Atención Dental:

Todos los Beneficios dentales se brindan a través del Administrador del Plan Dental (DPA, por sus siglas en inglés) de Blue Shield.

Servicios Cubiertos de Atención Dental. Todos los Servicios Cubiertos deben ser Médicamente Necesarios y los debe brindar el Centro Dental del Miembro u otro Dentista Participante cuando el Centro Dental del Miembro hace la referencia, y deben estar Autorizados por el Administrador del Plan Dental contratado.

---

### 8 Autorización previa:

Autorización previa o certificación previa para Servicios Cubiertos. Antes de iniciar cualquier ciclo de tratamiento que se espera que cueste más de \$250, usted debe obtener una autorización previa de los Beneficios, excepto en el caso de una emergencia.

---

Los Planes pueden ser cambiados para asegurar el cumplimiento de los requisitos Estatales y Federales.

# 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](mailto: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](http://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 naaltsoosish yíiniłta'go bíníghah? Doo bíníghahgóó éí, naaltsoos nich'í' yíidóolta'hígíí ła' nihee hółó. Díí naaltsoos ałdó' t'áá Diné k'ehjí ádoolníł nínízingo bííghah. Doo ɓaah ílínígó shíká' adoowoł nínízingó nihich'í' béesh bee hodílnih dóó námboo éí díí Blue Shield bee ného'díłzinígí bine'dée' bikáá' éí doodagó éí (866) 346-7198 jì' hodílnih. (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: Օտառայությունն 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)



**મહત્વ:** આપીએ આ નામ રા બુઅનિડ? અગર પાસ્ટાન મનિ અસ્ટ, મીઅનિમ કસી રા બરાય કમક બે શમા ઢર અક્ટિઅરતાન ક્રાર ઢહિમ. ક્ટી મીઅનિડ નસકે મક્ટુબ અન નામે રા બે ઝબાન કુઢતાન ઢરિઅફ્ટ કનિડ. બરાય ઢરિઅફ્ટ કમક રાઅગાન, લૂફા બુઢન ફુટ ફુટ અઝ ઢ્રીક શમારે ઢલ્ફની કહે ઢર પશ્ટ કાર્ટ શનાસી Blue Shield ઢાન ઢ્રજ શ્ઢે અસ્ટ ડા અઝ ઢ્રીક શમારે ઢલ્ફન (866) 346-7198 બા ક્ઢમાટ અક્ટુઅ/મશ્ટરી ઢમાસ બગીરિડ. (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 ਤੁਹਾਡੇ 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/អតិថិជនដែលមាននៅលើខ្ទង់ប័ណ្ណសម្គាល់ 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)

**महत्वपूर्ण:** 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 मॅबर/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)