

Resumen de Beneficios

SmileSM Spectrum Premier Rollover 50/2000/Ortho/U90

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).¹ 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.

Deducibles por Año Civil (CYD)²

El Deducible por Año Civil (CYD, por sus siglas en inglés) es la cantidad que paga un Miembro cada Año Civil 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 Civil, como se ve en el cuadro de Beneficios que está abajo.

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

Beneficio Máximo por Año Civil⁵

Este Plan paga hasta la cantidad máxima, como se indica para los Servicios Cubiertos y los suministros por año.

	Cuando se usan Dentistas Participantes ³ o No Participantes ⁴
Beneficio Máximo por Año Civil	\$2,000 por persona

Beneficio Máximo por Año Civil (Servicios de Ortodoncia)⁵

Este máximo para los Servicios de Ortodoncia cubiertos es independiente del Beneficio máximo por Año Civil mencionado arriba y adicional a ese Beneficio.

	Cuando se usan Dentistas Participantes ³ o No Participantes ⁴
Beneficio Máximo por Año Civil	\$1,000 por persona

Período de espera

El período de espera es el tiempo que tiene que estar cubierto por el Plan antes de que Blue Shield pague los Servicios Cubiertos.

Período de espera	No hay 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.

Beneficios^{6,7,8}

Su pago

	Quando se usan Dentistas Participantes ³	Se aplica el CYD ²	Quando se usan Dentistas No Participantes ⁴	Se aplica el CYD ²
Servicios preventivos y de diagnóstico				
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	
Servicios básicos				
Selladores, por diente	20%	✓	20%	✓
Separadores: fijos	20%	✓	20%	✓
Procedimientos reconstructivos	20%	✓	20%	✓
Cirugía bucodental	20%	✓	20%	✓
Endodoncia	20%	✓	20%	✓
Periodoncia (que no sea de mantenimiento)	20%	✓	20%	✓
Servicios mayores				
Coronas y moldes	50%	✓	50%	✓
Prótesis dentales	50%	✓	50%	✓
Implantes	50%	✓	50%	✓
Ortodoncia (Médicamente Necesaria)	50%		50%	

Programa de recompensas transferibles Dental Smile Rollover Rewards⁹

Beneficio Máximo Inicial 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 Máximo Posible por Año Civil (Beneficio Máximo Inicial por Año Civil + Cantidad Máxima y Total de Recompensas en su Cuenta)
\$2,000	\$1,000	\$500	\$100	\$600	\$1,500	\$3,500

Notas

1 Evidencia de Cobertura (EOC):

Notas

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 Civil (CYD):

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

Si este Plan tiene algún Deducible por Año Civil, 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 Civil. Algunos Servicios Cubiertos son pagados por Blue Shield antes de que usted llegue a cualquier Deducible por Año Civil. 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 Civil. Cualquier cantidad que haya pagado para el Deducible de su plan individual se aplicará tanto al Deducible individual como al 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 Civil.

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 Civil), 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 los Beneficios máximos; además, usted es el responsable de pagárselos al proveedor. Estos gastos de bolsillo pueden ser altos.

La cantidad de reembolso que corresponde a servicios brindados por Dentistas No Participantes es la tarifa normal, habitual y razonable (tarifa UCR, por sus siglas en inglés). La tarifa UCR es el costo de un servicio típico dentro de una determinada región y puede variar según el lugar en el que recibe los servicios. Cuando recibe servicios de un Dentista No Participante, usted paga cualquier cantidad que sea mayor que la tarifa UCR. La Cantidad Permitida se calcula sobre la base del percentil 90 de la tarifa UCR.

5 Beneficio(s) máximo(s):

Su pago después de llegar a cualquier Beneficio máximo. Pagará el 100% de todos los cargos después de llegar a un Beneficio máximo.

Todos los Servicios Cubiertos cuentan para el Beneficio máximo por Año Civil, menos los Servicios de Ortodoncia. El Plan paga hasta la cantidad máxima, como se indica para los Servicios Cubiertos y los suministros.

Todos los Servicios de Ortodoncia Cubiertos cuentan para el Beneficio de Ortodoncia máximo por Año Civil. El Plan paga hasta la cantidad máxima, como se indica para los Servicios Cubiertos y los suministros.

Los beneficios dentales ampliados para embarazadas no se aplican al Beneficio Máximo por Año Civil.

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 de atención dental se brindan a través del Administrador del Plan Dental (DPA, por sus siglas en inglés) de Blue Shield.

Servicios de Ortodoncia Cubiertos. El Copago o Coseguro para los Servicios de Ortodoncia Cubiertos que sean Médicamente Necesarios se aplica a un ciclo de tratamiento, incluso si este dura más de un Año Civil. Esto aplica solamente si el Miembro permanece inscrito en el Plan. Todos los procedimientos hechos en relación con el tratamiento de Ortodoncia se pagan como Servicios de Ortodoncia Cubiertos.

8 Autorización previa:

Autorización previa o certificación previa para los Servicios Cubiertos. Antes del comienzo de cualquier tratamiento que se espera que cueste más de \$250, usted debe conseguir la autorización previa de los Beneficios, excepto en una emergencia.

9 Programa de recompensas Dental Smile Rewards:

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 ver información detallada sobre cómo funciona el programa).

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.

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

APROBACIÓN REGLAMENTARIA EN TRÁMITE