
Planes individuales y familiares: Cobertura dental y de la vista

Desde 1/2027



Sonría, tenemos el plan dental para usted



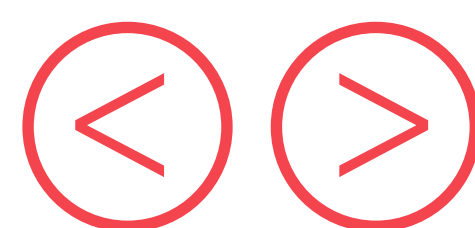
Cuide su sonrisa con uno de nuestros planes dentales PPO o HMO. Por un copago de \$0, estos planes ofrecen beneficios útiles, como limpiezas y radiografías. Hay planes desde \$14.90 por mes para adultos.* Algunos beneficios están sujetos a períodos de espera, pero si presenta una prueba de que antes tenía una cobertura dental completa, estos períodos de espera no se aplican.

¿No sabe qué plan elegir?

Los planes PPO tienen una red de dentistas más amplia en comparación con los planes HMO, lo que significa que tendrá más dentistas para elegir. Sin embargo, los planes HMO tienen una prima mensual más baja que los planes PPO y no tienen deducibles ni cantidades máximas anuales de beneficios. Por eso, si para usted es importante poder elegir entre una mayor cantidad de dentistas y puede pagar un poco más por las primas mensuales, es posible que la mejor opción para usted sea un plan PPO. En cambio, si prefiere pagar menos por sus primas mensuales, sin una cantidad máxima de beneficios, y no le importa tener una red más pequeña, puede que le resulte mejor un plan HMO.

Para buscar dentistas que le queden cerca, visite bsca.com/ifpfamilydentalppo si busca un dentista de la red PPO o blueshieldca.com/dentalthmo si busca un dentista de la red HMO.

* Nuestros planes individuales y familiares incluyen beneficios dentales y de la vista para niños de hasta 19 años.



Planes dentales

	Dental Standard HMO	Plan Dental HMO	Plan Dental PPO	Paquete dental + de la vista Specialty Duo*	Dental PPO 1500
	Planes disponibles directamente a través de Blue Shield				
Tarifas para adultos desde:	\$17.50	\$29.20	\$54.70	\$60.50 [†]	\$63.20
Deducible y cantidad máxima del plan					
Deducible por año calendario	No corresponde	No corresponde	\$50 por persona	\$50 por persona	\$50 por persona
Cantidad máxima de beneficios por año calendario	Sin cantidad máxima	Sin cantidad máxima	\$1,000	\$1,000	\$1,500
Beneficios	Las cantidades de los beneficios muestran los costos del miembro cuando recibe atención de dentistas de la red				
Examen bucodental	\$0 Sin período de espera	\$0 Sin período de espera	\$0 Sin período de espera	\$0 Sin período de espera	\$0 Sin período de espera
Radiografías	\$0 Sin período de espera	\$0 Sin período de espera	\$0 Sin período de espera	\$0 Sin período de espera	\$0 Sin período de espera
Limpiezas de rutina	\$0 Sin período de espera	\$0 Sin período de espera	\$0 Sin período de espera	\$0 Sin período de espera	\$0 Sin período de espera
Empastes	\$20-\$140 Sin período de espera	\$15-\$60 Sin período de espera	\$35-\$100 Período de espera de 3 meses ●	\$35-\$100 Período de espera de 3 meses ●	\$35-\$100 Período de espera de 3 meses ●
Extracción dental simple	\$40 Sin período de espera	\$34 Sin período de espera	\$40 Período de espera de 3 meses ●	\$40 Período de espera de 3 meses ●	\$40 Período de espera de 3 meses ●
Extracción dental quirúrgica	\$75 Sin período de espera	\$125 Sin período de espera	\$63 Período de espera de 3 meses ●	\$63 Período de espera de 3 meses ●	\$63 Período de espera de 3 meses ●
Tratamientos de conducto	\$175-\$355 Sin período de espera	\$155-\$290 Sin período de espera	\$156-\$234 Período de espera de 3 meses ●	\$156-\$234 Período de espera de 3 meses ●	\$156-\$234 Período de espera de 3 meses ●
Limpieza profunda de las encías	\$5-\$75 Sin período de espera	\$5-\$55 Sin período de espera	\$32-\$65 Período de espera de 3 meses ●	\$32-\$65 Período de espera de 3 meses ●	\$32-\$65 Período de espera de 3 meses ●
Dentadura postiza completa (superior)	\$400 Sin período de espera	\$400 Sin período de espera	\$388 Período de espera de 6 meses ●	\$388 Período de espera de 6 meses ●	\$388 Período de espera de 6 meses ●
Dentadura postiza completa (inferior)	\$400 Sin período de espera	\$400 Sin período de espera	\$388 Período de espera de 6 meses ●	\$388 Período de espera de 6 meses ●	\$388 Período de espera de 6 meses ●

● = El beneficio está sujeto a un deducible.



	Dental Standard HMO	Plan Dental HMO	Plan Dental PPO	Paquete dental + de la vista Specialty Duo*	Dental PPO 1500
Reparación de dentaduras postizas	\$75-\$100 Sin período de espera	\$8-\$45 Sin período de espera	\$43-\$75 Período de espera de 6 meses ●	\$43-\$75 Período de espera de 6 meses ●	\$43-\$75 Período de espera de 6 meses ●
Coronas	\$210-\$395 Sin período de espera	\$100-\$300 Sin período de espera	\$160-\$320 Período de espera de 6 meses ●	\$160-\$320 Período de espera de 6 meses ●	\$160-\$320 Período de espera de 6 meses ●
Implante	Sin cobertura	\$1,375 Sin período de espera	\$612 Período de espera de 6 meses ●	\$612 Período de espera de 6 meses ●	\$612 Período de espera de 6 meses ●
Ortodoncia (para niños)	\$2,350 Sin período de espera	\$2,350 Sin período de espera	\$2,350 Período de espera de 6 meses ●	\$2,350 Período de espera de 6 meses ●	\$2,350 Período de espera de 6 meses ●
Ortodoncia (para adultos)	\$2,650 Sin período de espera	\$2,650 Sin período de espera	\$2,650 Período de espera de 6 meses ●	\$2,650 Período de espera de 6 meses ●	\$2,650 Período de espera de 6 meses ●

● = El beneficio está sujeto a un deducible.



	Enhanced Dental PPO 50/2000	Enhanced Dental PPO 50/2000 Lifetime Ortho 1500	Blue Shield Family Dental HMO	Blue Shield Family Dental PPO
	Planes disponibles directamente a través de Blue Shield		Planes de Blue Shield disponibles a través de Covered California	
Tarifas para adultos desde:	\$80.40	\$87.30	\$14.90	\$48.70
Deducible y cantidad máxima del plan				
Deducible por año calendario	\$50 por persona/ \$150 por familia	\$50 por persona/ \$150 por familia	No corresponde	\$75 por persona/ \$150 por familia para menores de 19 años \$50 por persona para adultos
Cantidad máxima de beneficios por año calendario	\$2,000	\$2,000	Sin cantidad máxima	Sin cantidad máxima para menores de 19 años \$1,500 por persona para adultos
Beneficios	Las cantidades de los beneficios muestran los costos del miembro cuando recibe atención de dentistas de la red			
Examen bucodental	0 % Sin período de espera	0 % Sin período de espera	\$0 Sin período de espera	\$0 Sin período de espera
Radiografías	0 % Sin período de espera	0 % Sin período de espera	\$0 Sin período de espera	\$0 Sin período de espera
Limpiezas de rutina	0 % Sin período de espera	0 % Sin período de espera	\$0 Sin período de espera	\$0 Sin período de espera
Empastes	20 % Período de espera de 6 meses ●	20 % Período de espera de 6 meses ●	\$25-\$310 Sin período de espera	20 % Sin período de espera ●
Extracción dental simple	20 % Período de espera de 6 meses ●	20 % Período de espera de 6 meses ●	\$65 Sin período de espera	50 % Sin período de espera para menores de 19 años Período de espera de 6 meses para adultos ●
Extracción dental quirúrgica	20 % Período de espera de 6 meses ●	20 % Período de espera de 6 meses ●	\$160 Sin período de espera	50 % Sin período de espera para menores de 19 años Período de espera de 6 meses para adultos ●
Tratamientos de conducto	50 % Período de espera de 12 meses ●	50 % Período de espera de 12 meses ●	\$195-\$300 Sin período de espera	50 % Sin período de espera para menores de 19 años Período de espera de 6 meses para adultos ●

● = El beneficio está sujeto a un deducible.



	Enhanced Dental PPO 50/2000	Enhanced Dental PPO 50/2000 Lifetime Ortho 1500	Blue Shield Family Dental HMO	Blue Shield Family Dental PPO
Limpieza profunda de las encías	50 % Período de espera de 12 meses ●	50 % Período de espera de 12 meses ●	\$25-\$55 Sin período de espera	50 % Sin período de espera para menores de 19 años Período de espera de 6 meses para adultos ●
Dentadura postiza completa (superior)	50 % Período de espera de 12 meses ●	50 % Período de espera de 12 meses ●	\$300-\$400 Sin período de espera	50 % Sin período de espera para menores de 19 años Período de espera de 6 meses para adultos ●
Dentadura postiza completa (inferior)	50 % Período de espera de 12 meses ●	50 % Período de espera de 12 meses ●	\$300-\$400 Sin período de espera	50 % Sin período de espera para menores de 19 años Período de espera de 6 meses para adultos ●
Reparación de dentaduras postizas	50 % Período de espera de 12 meses ●	50 % Período de espera de 12 meses ●	\$30-\$195 Sin período de espera	50 % Sin período de espera para menores de 19 años Período de espera de 6 meses para adultos ●
Coronas	50 % Período de espera de 12 meses ●	50 % Período de espera de 12 meses ●	\$15-\$310 Sin período de espera	50 % Sin período de espera para menores de 19 años Período de espera de 6 meses para adultos ●
Implante	50 % Período de espera de 12 meses ●	50 % Período de espera de 12 meses ●	\$350 para menores de 19 años; sin período de espera Sin cobertura para adultos	Sin cobertura
Ortodoncia (para niños)	Sin cobertura	50 % Período de espera de 12 meses	\$350 Sin período de espera	50 % Sin período de espera ●
Ortodoncia (para adultos)	Sin cobertura	50 % Período de espera de 12 meses ●	Sin cobertura	Sin cobertura

En este cuadro, se brindan detalles sobre las cantidades de los deducibles, los copagos y los coseguros de los planes para los servicios comunes cuando se usan proveedores dentales de la red. No es un contrato. Para ver todos los detalles de los planes, consulte la *Evidencia de Cobertura* (EOC, por sus siglas en inglés) en blueshieldca.com/policies o llámenos al **(888) 256-3650**.

* Planes asegurados por Blue Shield of California Life & Health Insurance Company.

† La aprobación reglamentaria de la tarifa mensual está en trámite.

● = El beneficio está sujeto a un deducible.



Planes de la vista

El valor de esta cobertura salta a la vista

Por tan solo \$7.90 por mes, puede obtener una valiosa cobertura de la vista*. Tendrá acceso a la red de proveedores de atención de la vista más amplia de California, con más de 20,000 oculistas en más de 17,000 lugares de atención. La red incluye oculistas que atienden en consultorios privados y tiendas conocidas, como Costco, EYEXAM of California, LensCrafters, Sam’s Club, Target y Walmart. Por eso, le será fácil encontrar un oculista que se ajuste a lo que usted necesita. Visite blueshieldca.com/visionplans para buscar oculistas en su área.

		Ultimate Vision 15/25/120*	Paquete dental + de la vista Specialty Duo SM *
Tarifas para adultos desde:		\$7.90	\$60.50 [†]
Beneficio		Con los proveedores participantes, los miembros pagan:	
Copago por examen de la vista		\$15 (cada 12 meses)	\$0 (cada 12 meses)
Copago por materiales (lentes monofocales estándar, bifocales con línea divisoria o trifocales con línea divisoria y revestimiento contra rayaduras; aplica a armazones y lentes de contacto)		\$25 (cada 12 meses)	\$25 (cada 24 meses)
Asignación para armazones		\$25 de copago más todos los cargos por encima de \$120 (cada 12 meses)	\$25 de copago más todos los cargos por encima de \$100 (cada 24 meses)
Opciones de lentes y tratamientos	Lentes de policarbonato (solo para niños)	\$25 de copago más todos los cargos por encima de \$100	\$25 de copago más todos los cargos por encima de \$100
	Lentes fotocromáticos	\$25 de copago más todos los cargos por encima de \$200	\$25 de copago más todos los cargos por encima de \$200
	Lentes progresivos	\$25 de copago más todos los cargos por encima de \$140	\$25 de copago más todos los cargos por encima de \$140
	Revestimiento antirreflectante	\$25 de copago más todos los cargos por encima de \$50	\$25 de copago más todos los cargos por encima de \$50



		Ultimate Vision 15/25/120*	Paquete dental + de la vista Specialty Duo ^{SM*}
Lentes de contacto	Optativos (por estética o por comodidad)	\$25 de copago más todos los cargos por encima de \$120 (cada 12 meses) Elija entre armazones o lentes de contacto	\$25 de copago más todos los cargos por encima de \$120 (cada 24 meses) Elija entre armazones o lentes de contacto
Deducible		\$0	\$0

En este cuadro, se brindan detalles sobre los deducibles y los copagos de los planes para los servicios comunes cuando se usan proveedores de la red. No es un contrato. Para ver todos los detalles de los planes, consulte la *Evidencia de Cobertura* (EOC, por sus siglas en inglés) en blueshieldca.com/policias o llámenos al **(888) 256-3650**.

* Planes asegurados por Blue Shield of California Life & Health Insurance Company.
† La aprobación reglamentaria de la tarifa mensual está en trámite.
Specialty Duo es una marca de servicio de Blue Shield of California.

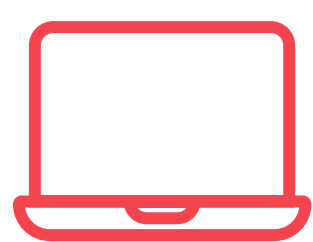
Aviso de asistencia en otros idiomas

For assistance in English at no cost, call (866) 346-7198. Para obtener asistencia en español sin cargo, llame al (866) 346-7198. 如果需要中文的免费帮助, 请拨打这个号码 (866) 346-7198.





¿Tiene preguntas, necesita una cotización o desea inscribirse?



Puede comprar la mayoría de los planes dentales y de la vista por separado o junto con un plan médico. Insíbase en buyblueshieldca.com o comuníquese con su corredor de seguros.

Aviso de no discriminación

The company complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability. La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental. 本公司遵守適用的州法律和聯邦民權法律，並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人。

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association

A12179-DVL-ALT-M-SP_0127



Volver al principio