

**Smile<sup>SM</sup> Spectrum Premier Plus 50/2000/Lifetime Ortho 2000/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)<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](http://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>**

|                                     |                             |                    |
|-------------------------------------|-----------------------------|--------------------|
| <b>Deducible por Año Calendario</b> | <i>Cobertura individual</i> | \$50 por persona   |
|                                     | <i>Cobertura familiar</i>   | \$50: por persona  |
|                                     |                             | \$150: por Familia |

**Beneficio Máximo por Año Calendario<sup>5</sup>**

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

**Cuando se usan Dentistas Participantes<sup>3</sup> o No Participantes<sup>4</sup>**

|  |                      |
|--|----------------------|
| <b>Beneficio Máximo por Año Calendario</b> | \$2,000: por persona |
|--|----------------------|

**Beneficio Máximo Durante la Membresía (Servicios de Ortodoncia)<sup>5</sup>**

Este máximo para los Servicios de Ortodoncia cubiertos es la cantidad total que pagará Blue Shield por los Servicios de Ortodoncia cubiertos durante la membresía. Los Beneficios de Ortodoncia están cubiertos para adultos y niños.

**Cuando se usan Dentistas Participantes<sup>3</sup> o No Participantes<sup>4</sup>**

|  |                      |
|--|----------------------|
| <b>Beneficio Máximo Durante la Membresía (Servicios de Ortodoncia)</b> | \$2,000: 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.

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <b>Período de espera</b> | 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, menos para los Servicios de Ortodoncia mencionados arriba.

**Beneficios<sup>6,7,8</sup>****Su pago**

|   | <b>Cuando se usan Dentistas Participantes<sup>3</sup></b> | <b>Se aplica el CYD<sup>2</sup></b> | <b>Cuando se usan Dentistas No Participantes<sup>4</sup></b> | <b>Se aplica el CYD<sup>2</sup></b> |
|---|---|-------------------------------------|--|-------------------------------------|
| <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 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 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 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 Calendario, 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 Durante la Membresía. 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 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 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 se aplica a un ciclo de tratamiento durante la membresía. El ciclo de tratamiento se debe recibir en un período de 24 meses consecutivos. 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. Los beneficios para la colocación inicial no serán mayores que el 20 % del Beneficio Máximo Durante la Membresía para los Servicios de Ortodoncia Cubiertos. Las visitas periódicas de seguimiento se pagarán todos los meses durante el tiempo previsto para el tratamiento de Ortodoncia. Los gastos permitidos para la colocación inicial, las visitas periódicas de seguimiento y los procedimientos hechos en relación con el tratamiento de Ortodoncia están sujetos al nivel de coseguro para los Servicios de Ortodoncia y a la cantidad de Beneficio máximo durante la membresía, según se define más arriba.

---

### **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.

---

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



## NOTICES AVAILABLE ONLINE

### **Nondiscrimination and Language Assistance Services**

Blue Shield complies with applicable state and federal civil rights laws. We also offer language assistance services at no additional cost.

View our nondiscrimination notice and language assistance notice: [blueshieldca.com/notices](https://blueshieldca.com/notices). You can also call for language assistance services: **(866) 346-7198 (TTY: 711)**.

If you are unable to access the website above and would like to receive a copy of the nondiscrimination notice and language assistance notice, please call Customer Service at **(888) 256-3650 (TTY: 711)**.

### **Servicios de asistencia en idiomas y avisos de no discriminación**

Blue Shield cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables. También, ofrecemos servicios de asistencia en idiomas sin costo adicional.

Vea nuestro aviso de no discriminación y nuestro aviso de asistencia en idiomas en [blueshieldca.com/notices](https://blueshieldca.com/notices). Para obtener servicios de asistencia en idiomas, también puede llamar al **(866) 346-7198 (TTY: 711)**.

Si no puede acceder al sitio web que aparece arriba y desea recibir una copia del aviso de no discriminación y del aviso de asistencia en idiomas, llame a Servicio al Cliente al **(888) 256-3650 (TTY: 711)**.

### **非歧視通知和語言協助服務**

Blue Shield 遵守適用的州及聯邦政府的民權法。同時，我們免費提供語言協助服務。

如需檢視我司的非歧視通知和語言幫助通知，請造訪 [blueshieldca.com/notices](https://blueshieldca.com/notices)。您還可致電尋求語言協助服務：**(866) 346-7198 (TTY: 711)**。

如果您無法造訪上述網站，且希望收到一份非歧視通知和語言幫助通知的副本，請致電客戶服務部，電話：**(888) 256-3650 (TTY: 711)**。