

Resumen de beneficios dentales y tabla de divulgación de cobertura (SDBC)

Parte I: INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del plan: Anthem Blue Cross

Tipo de línea de productos: DHMO

Fecha de entrada en vigencia: A partir del 01/01/2023

Nombre del producto: DENTAL NET 2000 3000 SERIES

N.º de teléfono del plan: 1-800-627-0004

Sitio web del plan: www.anthem.com/ca

EL OBJETIVO DE ESTA TABLA ES AYUDARLO A COMPARAR LOS BENEFICIOS DE COBERTURA Y LO QUE USTED PAGARÁ POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS. ESTE ES SOLO UN RESUMEN Y NO INCLUYE LOS COSTOS DE LAS PRIMAS DE ESTE PAQUETE DE BENEFICIOS DENTALES. CONSULTE SU EVIDENCIA DE COBERTURA Y CONTRATO DENTAL PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LAS LIMITACIONES DE LA COBERTURA. PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE SU COBERTURA, VISITE EL SITIO WEB DEL PLAN EN www.anthem.com/ca O LLAME AL 1-800-627-0004.

ESTA TABLA NO ES UNA GARANTÍA DE GASTOS O PAGOS.

Parte II: DEDUCIBLES

<u>Deducible</u>	<u>Dentro de la red</u>	<u>Fuera de la red</u>
Atención dental	Ninguno	Ninguno
Ortodoncia	Ninguno	Ninguno

- **Sin deducible.**
- Un **deducible** es el monto que usted debe pagar por los servicios dentales cubiertos cada año del plan antes de que el plan comience a pagar el costo del tratamiento dental cubierto.
- Los **servicios dentro de la red** son servicios de atención dental brindados por dentistas u otros proveedores de atención dental certificados que tienen contrato con su plan para brindar servicios dentales.
- Los **servicios fuera de la red** son servicios de atención dental brindados por dentistas u otros proveedores de atención dental certificados que no tienen contrato con su plan.

Parte III: MÁXIMOS QUE PAGARÁ EL PLAN

<u>Máximos</u>	<u>Dentro de la red</u>	<u>Fuera de la red</u>
Máximo anual	No corresponde	Sí, los costos compartidos serán mayores. Contáctese con su Plan.
Máximo anual de por vida para ortodoncia	No corresponde	No corresponde

- El **monto máximo anual** es el monto máximo en dólares que su plan pagará por el costo de la atención dental dentro de un periodo específico, generalmente un periodo consecutivo de 12 meses o año calendario. **No todos los servicios se acumulan hasta alcanzar el máximo anual.**
- El **monto máximo de por vida** se refiere al monto máximo en dólares que su plan que proporciona beneficios dentales pagará durante la vida del inscrito. Los montos máximos de por vida generalmente se aplican a servicios específicos, como el tratamiento de ortodoncia.

Parte IV: PERIODOS DE ESPERA

Periodos de espera: Un periodo de espera es la cantidad de tiempo que debe pasar antes de que usted sea elegible para recibir beneficios o servicios para todos o ciertos tratamientos dentales.

Su paquete de beneficios dentales Sin periodos de espera.

Parte V: LO QUE USTED PAGARÁ

Todos los costos de copagos y coseguros que se muestran en este cuadro se aplican después de que se haya alcanzado el deducible, si se aplica un deducible. Los procedimientos dentales comunes se ajustan a una de las siguientes categorías aplicables: Servicios preventivos y de diagnóstico, básicos o complejos. La columna “Limitaciones y exclusiones de beneficios” incluye limitaciones y exclusiones comunes únicamente. Para obtener una lista completa, consulte el documento de divulgación completo al que se hace referencia en la columna “Limitaciones y exclusiones de beneficios”.

<u>Procedimientos dentales comunes</u>	<u>Categoría</u>	<u>Dentro de la red</u>	<u>Fuera de la red</u>	<u>Limitaciones y exclusiones de beneficios</u>
<i>Examen bucal</i>	Preventivo y diagnóstico	\$0	Sin cobertura	2 por 12 meses Para conocer las limitaciones y exclusiones, consulte los Servicios cubiertos, la sección de Preventiva y de diagnóstico de su Certificado de cobertura.

<u>Procedimientos dentales comunes</u>	<u>Categoría</u>	<u>Dentro de la red</u>	<u>Fuera de la red</u>	<u>Limitaciones y exclusiones de beneficios</u>
				Para la tarifa por visita al consultorio, consulte la sección Su responsabilidad financiera de su Certificado de cobertura.
<i>Radiografía de aleta de mordida</i>	Preventivo y diagnóstico	\$0	Sin cobertura	2 sets por 12 meses Para conocer las limitaciones y exclusiones, consulte los Servicios cubiertos, la sección de Preventiva y de diagnóstico de su Certificado de cobertura. Para la tarifa por visita al consultorio, consulte la sección Su responsabilidad financiera de su Certificado de cobertura.
<i>Limpieza</i>	Preventivo y diagnóstico	\$0	Sin cobertura	2 tratamientos por 12 meses Para conocer las limitaciones y exclusiones, consulte los Servicios cubiertos, la sección de Preventiva y de diagnóstico de su Certificado de cobertura. Para la tarifa por visita al consultorio, consulte la sección Su responsabilidad financiera de su Certificado de cobertura.
<i>Empaste</i>	Básico	\$15	Sin cobertura	Sin limitaciones Para conocer las limitaciones y exclusiones, consulte los Servicios cubiertos, en la sección de Servicios básicos de su Certificado de cobertura. Para la tarifa por visita al consultorio, consulte la sección Su responsabilidad financiera de su Certificado de cobertura.
<i>Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta</i>	Básico	\$0	Sin cobertura	Una vez por diente de por vida Para conocer las limitaciones y exclusiones, consulte los Servicios cubiertos, en la sección de Servicios básicos de su Certificado de cobertura. Para la tarifa por visita al consultorio, consulte la sección Su responsabilidad financiera de su Certificado de cobertura.
<i>Tratamiento de conducto</i>	Básico	\$185	Sin cobertura	Una vez por diente de por vida Para conocer las limitaciones y exclusiones, consulte

<u>Procedimientos dentales comunes</u>	<u>Categoría</u>	<u>Dentro de la red</u>	<u>Fuera de la red</u>	<u>Limitaciones y exclusiones de beneficios</u>
				los Servicios cubiertos, en la sección de Servicios básicos de su Certificado de cobertura. Para la tarifa por visita al consultorio, consulte la sección Su responsabilidad financiera de su Certificado de cobertura.
<i>Raspado y alisado radicular</i>	Básico	\$40	Sin cobertura	1 por cuadrante sitio por 24 período del mes Para conocer las limitaciones y exclusiones, consulte los Servicios cubiertos, en la sección de Servicios básicos de su Certificado de cobertura. Para la tarifa por visita al consultorio, consulte la sección Su responsabilidad financiera de su Certificado de cobertura.
<i>Corona de cerámica</i>	Complejo	\$195	Sin cobertura	1 por diente por 60 meses Para conocer las limitaciones y exclusiones, consulte los Servicios cubiertos, en la sección de Servicios complejos de su Certificado de cobertura. Para la tarifa por visita al consultorio, consulte la sección Su responsabilidad financiera de su Certificado de cobertura.
<i>Dentadura postiza parcial extraíble</i>	Complejo	\$180	Sin cobertura	1 por 60 meses Para conocer las limitaciones y exclusiones, consulte los Servicios cubiertos, en la sección de Servicios complejos de su Certificado de cobertura. Para la tarifa por visita al consultorio, consulte la sección Su responsabilidad financiera de su Certificado de cobertura.
<i>Extracción, diente erupcionado con extracción ósea</i>	Complejo	\$70	Sin cobertura	Una vez por diente de por vida Para conocer las limitaciones y exclusiones, consulte los Servicios cubiertos, en la sección de Servicios complejos de su Certificado de cobertura. Para la tarifa por visita al consultorio, consulte la sección Su responsabilidad financiera de su Certificado de cobertura.

<u>Procedimientos dentales comunes</u>	<u>Categoría</u>	<u>Dentro de la red</u>	<u>Fuera de la red</u>	<u>Limitaciones y exclusiones de beneficios</u>
<i>Ortodoncia</i>	Ortodoncia	\$1,895	Sin cobertura	Una vez de por vida Para conocer las limitaciones y exclusiones, consulte los Servicios cubiertos, en la sección de Ortodoncia de su Certificado de cobertura. Para la tarifa por visita al consultorio, consulte la sección Su responsabilidad financiera de su Certificado de cobertura.

Parte VI: EJEMPLOS DE COBERTURA

ESTOS EJEMPLOS NO REPRESENTAN UN ESTIMADOR DE COSTOS NI UNA GARANTÍA DE PAGO. Los ejemplos brindados representan servicios comúnmente usados en las categorías de Servicios preventivos y de diagnóstico, servicios básicos y complejos, con fines ilustrativos y para comparar este producto con otros productos dentales que pueda estar considerando. Es probable que sus costos reales sean diferentes de los que se muestran en el siguiente cuadro, según la atención real que reciba, los precios que cobran sus proveedores y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de costos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y en el resumen de servicios excluidos en virtud del plan.

<u>Dana tiene una cita dental con un dentista nuevo</u>	<u>Sam necesita el empaste de un diente</u>	<u>Maria necesita una corona</u>
Examen de paciente nuevo, radiografías (radiografía de boca completa) y limpieza	Compuesto a base de resina - una superficie, posterior	Corona - sustrato de porcelana/cerámica

<u>Visita de Dana</u>	<u>Costo de Dana</u>	<u>Visita de Sam</u>	<u>Costo de Sam</u>	<u>Visita de Maria</u>	<u>Costo de Maria</u>
Costo total de la atención	Dentro de la red: \$400 Fuera de la red: \$550	Costo total de la atención	Dentro de la red: \$150 Fuera de la red: \$200	Costo total de la atención	Dentro de la red: \$1300 Fuera de la red: \$1750
Deducible	Dentro de la red: Ninguno Fuera de la red: Ninguno	Deducible	Dentro de la red: Ninguno Fuera de la red: Ninguno	Deducible	Dentro de la red: Ninguno Fuera de la red: Ninguno

<u>Visita de Dana</u>	<u>Costo de Dana</u>	<u>Visita de Sam</u>	<u>Costo de Sam</u>	<u>Visita de Maria</u>	<u>Costo de Maria</u>
Monto máximo anual (el plan pagará)	Dentro de la red: No corresponde Fuera de la red: Sí, los costos compartidos serán mayores. Contáctese con su Plan.	Monto máximo anual (el plan pagará)	Dentro de la red: No corresponde Fuera de la red: Sí, los costos compartidos serán mayores. Contáctese con su Plan.	Monto máximo anual (el plan pagará)	Dentro de la red: No corresponde Fuera de la red: Sí, los costos compartidos serán mayores. Contáctese con su Plan.
Costo del paciente (copago o coseguro)	Dentro de la red: \$0 Fuera de la red: \$550	Costo del paciente (copago o coseguro)	Dentro de la red: \$30 Fuera de la red: \$200	Costo del paciente (copago o coseguro)	Dentro de la red: \$195 Fuera de la red: \$1750
En este ejemplo, Dana pagaría (incluye copagos/coseguro y deducible, si corresponde):	Dentro de la red: \$0 Fuera de la red: \$550	En este ejemplo, Sam pagaría (incluye copagos/coseguro y deducible, si corresponde):	Dentro de la red: \$30 Fuera de la red: \$200	En este ejemplo, Maria pagaría (incluye copagos/coseguro y deducible, si corresponde):	Dentro de la red: \$195 Fuera de la red: \$1750
Resumen de lo que no está cubierto o sujeto a una limitación:	Examen cubierto 2 por 12 meses. Radiografía cubierta 1 por 36 meses. Limpieza cubierta 2 por 12 meses.	Resumen de lo que no está cubierto o sujeto a una limitación:	Sin limitaciones.	Resumen de lo que no está cubierto o sujeto a una limitación:	1 por diente por 60 meses.