

Resumen de la matriz de beneficios dentales y divulgación de cobertura (SDBC)

Parte I: INFORMACIÓN GENERAL

Nombre de la aseguradora: Anthem Blue Cross
Life and Health Insurance Company

Tipo de póliza: PPO

Fecha de entrada en vigencia: A partir del
07/01/2025

Nombre del plan: Essential Choice

Núm. de teléfono de la aseguradora: 1-844-729-1565

Sitio web de la aseguradora: www.anthem.com/ca

ESTA MATRIZ ESTÁ DISEÑADA PARA AYUDARLE A COMPARAR LOS BENEFICIOS DE COBERTURA Y LO QUE 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 LIMITACIONES DE LA COBERTURA. PARA MÁS INFORMACIÓN SOBRE SU COBERTURA, VISITE EL SITIO WEB DE LA ASEGURADORA EN www.anthem.com/ca O LLAME AL 1-844-729-1565.

ESTA MATRIZ NO ES UNA GARANTÍA DE GASTOS O PAGO.

Parte II: DEDUCIBLES

Deducible	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios dentales	\$50 por persona/\$150 por familia	\$75 por persona/\$225 por familia
Ortodoncia	Ninguno	Ninguno

- **El deducible se aplica a todos los servicios, excepto a los servicios preventivos y de diagnóstico y ortodoncia.**
- Un **deducible** es el monto que usted debe pagar por los servicios dentales cubiertos cada año de póliza antes de que la aseguradora comience a pagar el costo del tratamiento dental cubierto.
- Los **servicios dentro de la red** son servicios de cuidado dental prestados por dentistas u otros proveedores de cuidado dental certificados que tienen un contrato con su aseguradora para obtener tasas alternativas de pago por servicios dentales.
- Los **servicios fuera de la red** son servicios de cuidado dental prestados por dentistas u otros proveedores de cuidado dental certificados que no han celebrado un contrato con su aseguradora para obtener tasas de pago alternativas.

Parte III: LA PÓLIZA DE MÁXIMOS PAGARÁ

Máximos	Dentro de la red	Fuera de la red
Máximo anual	\$1,500	\$1,000
Máximo anual o vitalicio para ortodoncia	\$1,000 de por vida	\$1,000 de por vida

- El **máximo anual** es el monto máximo en dólares que su póliza pagará por el costo del cuidado dental dentro de un período de tiempo específico, generalmente un período consecutivo de 12 meses o año calendario.
- El **máximo de por vida** es el monto máximo en dólares que su póliza que proporciona beneficios dentales pagará durante la vida del inscrito. Los 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 el tiempo que debe pasar antes de que usted sea elegible para recibir beneficios para todos o algunos tratamientos dentales. **No hay periodos de espera en este plan.**

Parte V: LO QUE PAGARÁ

Todos los costos de copagos y coseguros que se muestran en esta tabla se aplican después de alcanzar su deducible, si se aplica un deducible. Los procedimientos dentales comunes encajan en una de las siguientes categorías aplicables: Preventivos y de diagnóstico, básico o complejo. La columna Limitaciones y exclusiones de beneficios incluye únicamente limitaciones y exclusiones comunes. Para obtener una lista completa, consulte el documento de divulgación completa al que se hace referencia en la columna Limitaciones y exclusiones de beneficios.

Procedimientos dentales comunes	Categoría	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones y exclusiones de beneficios
<i>Examen oral</i>	Preventivo y de diagnóstico	0% No se aplica el deducible	20% No se aplica el deducible	2 cada 12 meses Para conocer las Limitaciones y exclusiones, consulte los Servicios cubiertos; sección de Cuidado Preventivo de su Certificado de Cobertura.
<i>Radiografía de aleta de mordida</i>	Preventivo y de diagnóstico	0% No se aplica el deducible	20% No se aplica el deducible	1 juego cada 12 meses Para conocer las Limitaciones y exclusiones, consulte los Servicios cubiertos; sección de Cuidado Preventivo de su Certificado de Cobertura.

Procedimientos dentales comunes	Categoría	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones y exclusiones de beneficios
<i>Limpieza</i>	Preventivo y de diagnóstico	0% No se aplica el deducible	20% No se aplica el deducible	2 cada 12 meses Para conocer las Limitaciones y exclusiones, consulte los Servicios cubiertos; sección de Cuidado Preventivo de su Certificado de Cobertura.
<i>Empaste</i>	Básico	20%	50%	1 por pieza dental por superficie cada 24 meses Para conocer las Limitaciones y exclusiones, consulte los Servicios cubiertos; sección de Servicios de restauración simple de su Certificado de Cobertura.
<i>Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta</i>	Básico	20%	50%	1 por diente de por vida Para conocer las Limitaciones y exclusiones, consulte los Servicios cubiertos; sección de Servicios de restauración simple de su Certificado de Cobertura.
<i>Tratamiento de conducto</i>	Básico	20%	50%	1 por diente de por vida Para conocer las Limitaciones y exclusiones, consulte los Servicios cubiertos; sección de Servicios de restauración simple de su Certificado de Cobertura.
<i>Raspado y alisado radicular</i>	Básico	20%	50%	1 por cuadrante cada 36 meses Para conocer las Limitaciones y exclusiones, consulte los Servicios cubiertos; sección de Servicios de restauración simple de su Certificado de Cobertura.
<i>Corona de cerámica</i>	Complejo	50%	50%	1 por diente cada 84 meses Para conocer las Limitaciones y exclusiones, consulte los Servicios cubiertos; sección de Servicios de restauración compleja de su Certificado de Cobertura.
<i>Dentadura postiza parcial extraíble</i>	Complejo	50%	50%	1 por diente cada 84 meses Para conocer las Limitaciones y exclusiones, consulte los Servicios cubiertos; sección de Servicios de prostodoncia de su Certificado de Cobertura.

Procedimientos dentales comunes	Categoría	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones y exclusiones de beneficios
<i>Extracción, diente erupcionado con extracción ósea</i>	Básico	20%	50%	1 por diente de por vida Para conocer las Limitaciones y exclusiones, consulte los Servicios cubiertos; sección de Servicios de restauración simple de su Certificado de Cobertura.
<i>Ortodoncia</i>	Ortodoncia	40% No se aplica el deducible	40% No se aplica el deducible	Adultos e hijos dependientes: Para conocer las Limitaciones y exclusiones, consulte los Servicios cubiertos; sección de Ortodoncia 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 proporcionados representan servicios de uso común en las categorías de Servicios de diagnóstico y prevención, 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 la tabla a continuación, dependiendo de 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 los servicios excluidos según el plan.

Dana tiene una cita dental con un nuevo dentista	Sam necesita emplaste para una pieza dental	María necesita una corona
Examen para pacientes nuevos, radiografías (FMX) y limpieza	Compuesto a base de resina: una superficie, posterior	Corona: sustrato de porcelana/cerámica

La visita de Dana	El costo de Dana	La visita de Sam	El costo de Sam	La visita de María	El costo de María
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: \$1,300 Fuera de la red: \$1,750
Deducible	Dentro de la red: No corresponde Fuera de la red: No corresponde	Deducible	Dentro de la red: \$50 Fuera de la red: \$75	Deducible	Dentro de la red: \$50 Fuera de la red: \$75
Máximo anual (el plan pagará)	Dentro de la red: \$1,500 Fuera de la red: \$1,000	Máximo anual (el plan pagará)	Dentro de la red: \$1,500 Fuera de la red: \$1,000	Máximo anual (el plan pagará)	Dentro de la red: \$1,500 Fuera de la red: \$1,000
Costo del paciente (copago o coseguro)	Dentro de la red: 0% Fuera de la red: 20%	Costo del paciente (copago o coseguro)	Dentro de la red: 20% Fuera de la red: 50%	Costo del paciente (copago o coseguro)	Dentro de la red: 50% Fuera de la red: 50%

La visita de Dana	El costo de Dana	La visita de Sam	El costo de Sam	La visita de María	El costo de María
En este ejemplo, Dana pagaría (incluye copagos/ coseguros y deducible, si corresponde):	Dentro de la red: \$0 Fuera de la red: \$110	En este ejemplo, Sam pagaría (incluye copagos/ coseguros y deducible, si corresponde):	Dentro de la red: \$70 Fuera de la red: \$138	En este ejemplo, María pagaría (incluye copagos/ coseguros y deducible, si corresponde):	Dentro de la red: \$675 Fuera de la red: \$913
Resumen de lo que no está cubierto o sujeto a una limitación:	Examen cubierto 2 cada 12 meses; Radiografías cubiertas 1 cada 36 meses; Limpieza cubierta 2 cada 12 meses	Resumen de lo que no está cubierto o sujeto a una limitación:	Cubierto 1 por diente por superficie cada 24 meses	Resumen de lo que no está cubierto o sujeto a una limitación:	Cubierto 1 por diente cada 84 meses