



**Blue Shield of California Life & Health Insurance Company**  
**Resumen de Beneficios**

**Plan Dental Grupal  
 Plan DINO**

**Smile<sup>SM</sup> In-Network Only Dental Voluntary Plan 50/1500/Endo-Perio  
 50%/Ortho**

Este Resumen de Beneficios muestra la cantidad que pagará usted por los Servicios Cubiertos con este Plan de Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life). Es solo un resumen y forma parte del Certificado de Seguro (COI, 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. Debe recibir los servicios de un Dentista Participante, pero hay algunas excepciones. Lea su Certificado de Seguro para saber cómo obtener acceso a la atención en este Plan. 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 Asegurado cada Año Calendario antes de que Blue Shield Life pague los Servicios Cubiertos del Plan.

**Cuando se usan Dentistas Participantes<sup>3</sup>**

<b>Deducible por Año Calendario</b>	<i>Cobertura individual</i>	\$50
	<i>Cobertura familiar</i>	\$150

**Beneficio Máximo por Año Calendario<sup>4</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>**

<b>Beneficio Máximo por Año Calendario</b>	\$1,500 por persona
--	---------------------

**Beneficio Máximo por Año Calendario (Servicios de Ortodoncia)<sup>4</sup>**

Este máximo para los Servicios de Ortodoncia cubiertos es independiente del Beneficio máximo por Año Calendario que está arriba y adicional a ese Beneficio. Los Beneficios de Ortodoncia están cubiertos para adultos y niños.

**Cuando se usan Dentistas Participantes<sup>3</sup>**

<b>Beneficio Máximo por Año Calendario</b>	\$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 Life pague los Servicios Cubiertos.

<b>Período de espera</b>	12 meses para los servicios mayores
	12 meses para los servicios de ortodoncia

**Sin Límite de Dinero Durante la Membresía**

En este Plan, no hay un límite de dinero en la cantidad total que pagará Blue Shield Life por los Servicios Cubiertos durante la membresía de un Asegurado.

Blue Shield of California Life & Health Insurance Company is an independent member of the Blue Shield Association

	Quando se usan Dentistas Participantes <sup>3</sup>	Se aplica el CYD <sup>2</sup>
<b>Servicios preventivos y de diagnóstico</b>		
Examen bucodental	\$0	
Atención preventiva: limpieza	\$0	
Atención preventiva: radiografías	\$0	
Aplicación de flúor tópico	\$0	
Mantenimiento periodontal	\$0	
Beneficios dentales ampliados para embarazadas	\$0	
<b>Servicios básicos</b>		
Selladores, por diente	20 %	✓
Separadores fijos	20 %	✓
Procedimientos reconstructivos	20 %	✓
Cirugía bucodental	20 %	✓
Endodoncia (ni quirúrgica ni compleja)	20 %	✓
Periodoncia (que no sea de mantenimiento) (ni quirúrgica ni compleja)	20 %	✓
<b>Servicios mayores</b>		
Endodoncia (quirúrgica o compleja)	50 %	✓
Periodoncia (quirúrgica o compleja)	50 %	✓
Coronas y moldes de yeso	50 %	✓
Prótesis dentales	50 %	✓
Implantes	Sin cobertura	
<b>Ortodoncia</b>		
	50 %	
<i>Los Beneficios de Ortodoncia están cubiertos para adultos y niños.</i>		

Programa de recompensas transferibles Dental Smile Rollover Rewards<sup>8</sup>

Beneficio Máximo Inicial por Año Calendario	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 Calendario (Beneficio Máximo Inicial por Año Calendario + Cantidad Máxima y Total de Recompensas en su Cuenta)
\$1,500	\$750	\$400	\$100	\$500	\$1,500	\$3,000

### 1 Certificado de Seguro (COI):

El Certificado de Seguro (COI) describe los Beneficios, las limitaciones y las exclusiones que se aplican a la cobertura con este Plan. Lea el COI para saber más sobre la cobertura descrita en este Resumen de Beneficios. Puede pedir una copia del COI en cualquier momento.

Las definiciones de los términos en mayúscula están en el COI. Consulte el COI 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 Life 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 Life 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 Asegurados 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. Todos los Servicios Cubiertos deben ser brindados por Dentistas Participantes. No hay Beneficios cuando usted recibe servicios de un Dentista No Participante, a menos que sean Servicios Cubiertos Médicamente Necesarios recibidos para atención de emergencia.

---

### 4 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 por Año Calendario. 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.

---

### 5 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 Life.

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

Endodoncia (ni quirúrgica ni compleja). Es la forma más común de tratamiento de conducto radicular; implica el acceso a las zonas más internas del diente por medio de una "cavidad de acceso" que se extiende por la porción coronaria del diente hasta la cámara pulpar.

Endodoncia (quirúrgica/compleja). Tratamiento de conducto radicular que implica algún tipo de procedimiento quirúrgico necesario para lograr tener acceso a esa parte del diente que recibe tratamiento. El procedimiento más común de endodoncia quirúrgica se llama "apicectomía".

Periodoncia (ni quirúrgica ni compleja). Es el primer paso en el tratamiento de la periodontitis; implica el retiro de placa y sarro para contribuir a la salud periodontal (por ejemplo, raspado y alisado radicular).

Periodoncia (quirúrgica/compleja). Tratamiento de la encía y/o el hueso que implica algún tipo de procedimiento quirúrgico necesario para frenar la pérdida progresiva de tejido y hueso y regenerar el hueso perdido cuando sea posible (por ejemplo, injertos de tejido, cirugía ósea).

---

### **6 Pagos del Asegurado 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 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.

---

### **8 Programa de recompensas Dental Smile Rewards:**

Con el programa de recompensas transferibles Dental Smile Rollover Rewards, Blue Shield Life 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 del Certificado de Seguro para ver información detallada sobre cómo funciona el programa).

Si el Plan del Asegurado tiene diferentes Beneficios Máximos Iniciales por Año Calendario 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 Calendario para Proveedores No Participantes.

---

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 Care 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 Atención 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)**。