

Planes Dental Blue® individuales y familiares

iBeneficios dentales para poder sonreír!

Por qué el cuidado dental es importante para su salud general...

Tenga en cuenta que las personas que sufren enfermedad periodontal son dos veces más propensas a tener enfermedades cardíacas o un accidente cerebrovascular.¹ Además, hay investigaciones que indican que una mala salud bucal está relacionada con la diabetes, las enfermedades pulmonares y los partos prematuros.²

Por suerte, los exámenes dentales regulares pueden ayudarlo a detectar los signos tempranos que le avisan de algunos problemas de salud. Esta es sólo una de las razones por las que es tan importante cuidar bien los dientes y las encías. Y los planes Dental Blue de Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company pueden hacerlo fácil y accesible.

¹ American Academy of Periodontology, *Gum Disease Links to Heart Disease and Stroke*, perio.org, 2008.

² National Institute of Dental and Craniofacial Research, *Oral Health in America*, 2008.

Cómo funcionan los planes Dental Blue:

Puede elegir entre los dos grandes planes Dental Blue que ofrecemos: Dental Blue Basic y Dental Blue Enhanced. El plan Dental Blue Basic cubre muchos servicios de diagnóstico y atención preventiva, como limpiezas, exámenes y radiografías, y también empastes. El máximo anual es de \$500. El plan Dental Blue Enhanced incluye limpiezas, exámenes, radiografías y empastes. También cubre algunos servicios mayores, como tratamientos de conducto, procedimientos periodontales y coronas. El máximo anual es de \$1,250. Además, tiene cobertura de ortodoncia para niños después de un período de espera de 12 meses.

Una característica única de Dental Blue es que los miembros pagan las tarifas que Anthem negocia con los proveedores, durante cualquier período de espera que corresponda, después de que se haya alcanzado el gasto máximo anual y por algunos servicios no cubiertos, como revestimientos, implantes dentales y tratamiento del trastorno de la articulación temporomandibular (TMJ). Puede gozar de estos descuentos sólo por servicios de proveedores dentro de la red.

Por último, como miembro de Dental Blue, **usted puede ver al dentista que desee**; pero si elige un dentista de la red Dental Blue 100, podrá pagar menos. Esto se debe a que los dentistas dentro de la red han acordado aceptar nuestro programa de tarifas para los servicios que brindan.

Si elige ir a un proveedor fuera de la red Dental Blue 100, es posible que le cobren la diferencia entre lo que les pagamos a nuestros dentistas dentro de la red y lo que el dentista que usted eligió desea cobrar. Pero los 18,000 dentistas de California que forman parte de nuestra red de Dental Blue 100 son garantía de que el suyo también estará en nuestra red.

Resumen de los beneficios de Dental Blue...

El cuadro a continuación muestra los beneficios cubiertos y las sumas que pagamos para nuestros dos planes Dental Blue.

| | Dental Blue Basic | | Dental Blue Enhanced | |
|--|--|-----------------|--|-----------------|
| | Dentro de la red | Fuera de la red | Dentro de la red | Fuera de la red |
| Suma deducible anual | \$25 por miembro | | \$50 por miembro/máximo de \$150 por familia | |
| Sin deducible para servicios preventivos y de diagnóstico | Sí | No | Sí | No |
| Máximo anual | \$500 | | \$1,250 | |
| Servicios preventivos y de diagnóstico Limpiezas, exámenes y radiografías | 100% | 80% | 100% | 80% |
| Servicios básicos | | | | |
| Empastes | 80% | 60% | 80% | 60% |
| Otras restauraciones menores | Sin cobertura | | 80% | 60% |
| Servicios mayores | | | | |
| Cirugía oral | Sin cobertura | | 50% | |
| Endodoncia | 50% – cobertura de pulpotomías en dientes primarios únicamente | | 50% | |
| Periodoncia | Sin cobertura | | 50% | |
| Prostodoncia | 50% - cobertura de coronas de acero inoxidable en dientes primarios únicamente | | 50% | |
| Ortodoncia | Sin cobertura | | Niños sólo 50%, suma deducible de \$100, \$500 anual/máximo de por vida de \$1,000 | |
| Periodos de espera | Sin período de espera para limpiezas, exámenes y radiografías; período de espera de 6 meses para el resto de los servicios cubiertos | | Sin período de espera para limpiezas, exámenes y radiografías; período de espera de 6 meses para servicios básicos y de 12 meses para servicios mayores/ortodoncia | |

Los montos indicados más arriba son lo que pagaremos después de que se hayan alcanzado las sumas deducibles.

Áreas de tarifas

Los planes Dental Blue están disponibles en las áreas que se enumeran más abajo. Para saber su prima mensual, busque su área de tarifas según el código postal de su residencia principal y luego vaya a los cuadros de tarifas en la página 3.

Disponibilidad

La disponibilidad puede ser limitada en algunos condados. Si usted vive en alguna de estas áreas, lea la Declaración de comprensión, incluida en la solicitud, antes de elegir este plan.

Condados con disponibilidad limitada

Área 3: Alpine, Amador, Inyo, Mono

Área 4: Calaveras

Área 5: Del Norte, Humboldt, Lake, Lassen, Modoc, Plumas, Sierra, Siskiyou, Tehama, Trinity

Área 6: Inyo

*A partir del 11/30/09.

Áreas de tarifas

| | | |
|--------------|---|--------------------------------------|
| Alameda | Códigos postales que comienzan por 945, 946 y 953, salvo 94505, 94514 El resto de los códigos postales de Alameda | Área 4 Área 3 |
| Alpine | | Área 3 |
| Amador | | Área 3 |
| Butte | | Área 5 |
| Calaveras | | Área 4 |
| Colusa | 95957 Salvo 95957 | Área 3 Área 5 |
| Contra Costa | Todos salvo 94551 94551 | Área 3 Área 4 |
| Del Norte | | Área 5 |
| El Dorado | | Área 3 |
| Fresno | 93313 Todos salvo 93313 | Área 5 Área 6 |
| Glenn | | Área 5 |
| Humboldt | | Área 5 |
| Imperial | 92225 y 92274 92004 Todos salvo 92225, 92274, 92004 | Área 4 Área 5 Área 6 |
| Inyo | Todos salvo 93527 93527 | Área 3 Área 6 |
| Kern | Códigos postales que comienzan por 933 El resto de los códigos postales de Kern | Área 5 Área 6 |
| Kings | | Área 6 |
| Lake | | Área 5 |
| Lassen | | Área 5 |
| Los Angeles | Códigos postales que comienzan por 901-904 y 913 Códigos postales que comienzan por 905-908, 935, 91709 y 93243 Códigos postales que comienzan por 900, 914, o 916 Códigos postales que comienzan por 910-912, 915, 917 o 918; salvo 91709 | Área 4 Área 6 Área 2 Área 7 |
| Madera | | Área 6 |
| Marin | | Área 1 |

| | | |
|-----------------|---|----------------------------|
| Mariposa | 95329 Todos salvo 95329 | Área 4 Área 6 |
| Mendocino | | Área 5 |
| Merced | 95380 Todos salvo 95380 | Área 4 Área 6 |
| Modoc | | Área 5 |
| Mono | | Área 3 |
| Monterey | Todos salvo 95076 y 93451 95076 93451 | Área 1 Área 4 Área 6 |
| Napa | 94589, 94590 Todos salvo 94589, 94590 | Área 3 Área 5 |
| Nevada | 95602 Todos salvo 95602 | Área 3 Área 5 |
| Orange | Códigos postales que comienzan por 926 Todos los códigos postales de Orange | Área 5 Área 6 |
| Placer | Todos salvo 95692, 96161 95692, 96161 | Área 3 Área 5 |
| Plumas | | Área 5 |
| Riverside | Códigos postales que comienzan por 922, salvo 92248 92028 El resto de los códigos postales de Riverside | Área 4 Área 5 Área 6 |
| Sacramento | Códigos postales que comienzan por 958 El resto de los códigos postales de Sacramento | Área 5 Área 3 |
| San Benito | 93930, 95004 Todos salvo 93210, 93930, 95004 93210 | Área 1 Área 4 Área 6 |
| San Bernardino | Salvo 91766, 91792 91766 y 91792 | Área 6 Área 7 |
| San Diego | | Área 5 |
| San Francisco | | Área 3 |
| San Joaquin | 94505, 94514, 95632, 95690 Todos salvo 94505, 94514, 95632, 95690 | Área 3 Área 4 |
| San Luis Obispo | 93426 Todos salvo 93426 | Área 1 Área 6 |

| | | |
|---------------|---|----------------------------|
| San Mateo | Salvo 94303 94303 | Área 1 Área 3 |
| Santa Barbara | | Área 6 |
| Santa Clara | Códigos postales que comienzan por 940, 943 94550, 95023, 95076 El resto de los códigos postales de Santa Clara | Área 3 Área 4 Área 5 |
| Santa Cruz | Todos salvo 95033 95033 | Área 4 Área 5 |
| Shasta | | Área 5 |
| Sierra | | Área 5 |
| Siskiyou | | Área 5 |
| Solano | Todos salvo 94503, 95616, 95618, 95694 94503, 95616, 95618, 95694 | Área 3 Área 5 |
| Sonoma | | Área 5 |
| Stanislaus | Todos salvo 95322 95322 | Área 4 Área 6 |
| Sutter | Todos salvo 95645, 95692, 95836, 95948, 95837 95645, 95692, 95836, 95837, 95948 | Área 3 Área 5 |
| Tehama | | Área 5 |
| Trinity | | Área 5 |
| Tulare | | Área 6 |
| Tuolumne | 95230, 95329 Todos salvo 95230, 95329 | Área 4 Área 6 |
| Ventura | Códigos postales que comienzan por 930 o 932 El resto de los códigos postales de Ventura | Área 6 Área 4 |
| Yolo | | Área 5 |
| Yuba | | Área 5 |

Tarifas mensuales*

| Dental Blue Basic | | | | | | | | Dental Blue Enhanced | | | | | | | |
|-------------------|------|-------|------|------|------|------|------|----------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Área | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Área | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Miembro | \$22 | \$23 | \$20 | \$21 | \$20 | \$19 | \$21 | Miembro | \$44 | \$54 | \$45 | \$50 | \$49 | \$46 | \$62 |
| Miembro y cónyuge | \$42 | \$45 | \$39 | \$40 | \$39 | \$37 | \$41 | Miembro y cónyuge | \$84 | \$102 | \$84 | \$93 | \$92 | \$86 | \$116 |
| Miembro y un hijo | \$45 | \$49 | \$43 | \$44 | \$43 | \$40 | \$44 | Miembro y un hijo | \$77 | \$94 | \$78 | \$86 | \$85 | \$79 | \$107 |
| Miembro e hijos | \$77 | \$83 | \$72 | \$73 | \$72 | \$67 | \$74 | Miembro e hijos | \$125 | \$152 | \$125 | \$139 | \$137 | \$128 | \$173 |
| Miembro y familia | \$93 | \$101 | \$87 | \$89 | \$87 | \$82 | \$90 | Miembro y familia | \$157 | \$192 | \$158 | \$176 | \$174 | \$162 | \$218 |
| Un hijo | \$24 | \$26 | \$22 | \$23 | \$22 | \$21 | \$23 | Un hijo | \$33 | \$40 | \$33 | \$37 | \$36 | \$34 | \$46 |
| Dos hijos | \$48 | \$52 | \$45 | \$46 | \$45 | \$42 | \$46 | Dos hijos | \$66 | \$80 | \$66 | \$73 | \$72 | \$67 | \$91 |
| Tres hijos o más | \$78 | \$84 | \$73 | \$74 | \$73 | \$68 | \$75 | Tres hijos o más | \$107 | \$131 | \$108 | \$119 | \$118 | \$110 | \$149 |

*Sujeto a cambios.

Cómo solicitar la cobertura

Si sólo se inscribe en la cobertura dental, o si es miembro nuevo o existente de un plan de salud de Anthem Blue Cross/ Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company, y desea agregar cobertura dental:

- Llene y firme la Solicitud de inscripción individual.
- Determine su prima.
- Elija un método de pago.
- Envíe la solicitud y el pago a la dirección que aparece más abajo o a su agente.

Tenga en cuenta que cuando se inscribe en ambos planes, uno de salud y uno dental, debe elegir el mismo método de pago para los dos. Los miembros con un plan salud que agreguen cobertura dental, deberán enviar la prima del plan dental para el primer mes junto con la solicitud, incluso si actualmente pagan las primas del plan de salud con tarjeta de crédito o mediante deducción mensual automática de la cuenta corriente.

Envíe la solicitud y el pago a la siguiente dirección:

Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company
P.O. Box 9051
Oxnard, CA 93031-9051

O envíelos a su agente independiente autorizado.

Este resumen es sólo una breve descripción de algunas de las características del plan. No es el contrato de seguro y sólo se aplican las cláusulas del Certificado de Cobertura ("Certificado"). Consulte el Certificado correspondiente, que establece en más detalle los beneficios, las limitaciones y las exclusiones. Si hay diferencias entre los términos del Certificado y la información que aparece más arriba, prevalecerán los términos del Certificado.

Si desea una descripción completa de los beneficios dentales, las limitaciones y las exclusiones, comuníquese con su representante de ventas de Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company.

Si usted es miembro de Anthem Blue Cross/Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company, escriba su número de grupo y número de certificado actuales.

| | |
|--------------|--------------------|
| N.º DE GRUPO | N.º DE CERTIFICADO |
| | |

Elección del plan - elija uno

- Dental Blue Basic
- Dental Blue Enhanced

Información del solicitante: el solicitante debe completar esta sección.

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA

| | | | | | | |
|--|--------|----------------------------|---|-----------------------------|---|-------------------------|
| APELLIDO | NOMBRE | INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE | SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | FECHA DE NAC. (mes/día/año) | ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C | NÚMERO DE SEGURO SOCIAL |
| DOMICILIO PARTICULAR (debe escribir la dirección completa; no se acepta casilla de correo) | | | DOMICILIO DE FACTURACIÓN (si es diferente del domicilio particular o si es casilla de correo) | | | |
| CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL | CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL | |
| N.º de TELÉFONO PARTICULAR () | | | N.º de TELÉFONO COMERCIAL () | | | |

Cónyuge/pareja que reúne los requisitos que será asegurado (firme abajo)

| | | | |
|-----------------------------------|---|-----------------------------|-------------------------|
| NOMBRE DEL CÓNYUGE O DE LA PAREJA | SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | FECHA DE NAC. (mes/día/año) | NÚMERO DE SEGURO SOCIAL |
| | | | |

Hijos que serán asegurados

| | | | | | |
|----------------------------|---|-----------------------------|----------------------------|---|-----------------------------|
| NOMBRE (nombre y apellido) | SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | FECHA DE NAC. (mes/día/año) | NOMBRE (nombre y apellido) | SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | FECHA DE NAC. (mes/día/año) |
| 1. | | | 3. | | |
| NOMBRE (nombre y apellido) | SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | FECHA DE NAC. (mes/día/año) | NOMBRE (nombre y apellido) | SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | FECHA DE NAC. (mes/día/año) |
| 2. | | | 4. | | |

Elección de idioma - Cuando se le envía información, usted puede recibirla en un idioma que no sea inglés. ¿Qué idioma prefiere? (opcional)

Español Chino Coreano Japonés Tagalo Vietnamita Jemer Hmong Persa Árabe Armenio Ruso Otro _____

Firmas (obligatorio)

Declaración de comprensión para los solicitantes del plan Dental Blue en áreas con disponibilidad limitada: Comprendo la diferencia entre Dentista participante y Dentista no participante y quisiera presentar mi solicitud. Sé que es probable que no pueda acceder a un Dentista participante y que posiblemente pagaré más por la atención dental. Cuando utilice Dentistas no participantes, pagaré la diferencia entre el beneficio limitado que paga el plan y el cargo real correspondiente al Dentista no participante. Esto significa que es posible que deba pagar una suma mayor por mis facturas dentales.

REQUERIMIENTO DE UN ARBITRAJE VINCULANTE

La siguiente disposición no se aplica en los casos de demandas colectivas:

SI SOLICITA COBERTURA, TENGA EN CUENTA QUE ANTHEM BLUE CROSS Y ANTHEM BLUE CROSS LIFE AND HEALTH INSURANCE COMPANY EXIGEN UN ARBITRAJE VINCULANTE PARA RESOLVER TODAS LAS DISPUTAS, INCLUIDAS, ENTRE OTRAS, LAS DISPUTAS RELACIONADAS CON LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS CONFORME AL PLAN/PÓLIZA O TODAS LAS CUESTIONES RELACIONADAS CON EL PLAN/PÓLIZA Y RECLAMACIONES POR MALA PRAXIS MÉDICA, SI LA SUMA DE LA DISPUTA SUPERA EL LÍMITE JURISDICCIONAL DE LOS TRIBUNALES DE DEMANDAS DE MENOR CUANTÍA. Se entiende que todas las disputas relacionadas con la prestación de servicios conforme al plan/póliza o con cualquier otro problema relacionado con el plan/póliza, incluso con la mala praxis médica, referidas a la determinación de si algún servicio médico brindado en virtud de este contrato fue innecesario o no autorizado, o se brindó de manera inadecuada, negligente o incompetente, serán dirimidas mediante el arbitraje, tal como lo determina la ley de California, y no, mediante demanda o proceso judicial, salvo que la ley de California estipule la revisión judicial del procedimiento de arbitraje. Al celebrar este contrato ambas partes renuncian a su derecho constitucional de dirimir cualquier disputa ante un tribunal de justicia y un jurado, y aceptan en cambio el uso del arbitraje. ESTO SIGNIFICA QUE USTED Y ANTHEM BLUE CROSS Y/O ANTHEM BLUE CROSS LIFE AND HEALTH INSURANCE COMPANY RENUNCIAN A SU DERECHO DE DIRIMIR ANTE UN JURADO LAS RECLAMACIONES POR MALA PRAXIS MÉDICA Y CUALQUIER OTRA DISPUTA, INCLUIDAS AQUELLAS RELACIONADAS CON LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS CONFORME AL PLAN/PÓLIZA Y CUALQUIER OTRA CUESTIÓN RELACIONADA CON EL PLAN/PÓLIZA.

| | | | |
|--|--------------|--|--------------|
| FIRMA DEL SOLICITANTE/PADRE O TUTOR LEGAL X | FECHA DE HOY | FIRMA DEL CÓNYUGE O DE LA PAREJA DEL SOLICITANTE X | FECHA DE HOY |
| FIRMA DEL DEPENDIENTE (DE 18 AÑOS DE EDAD O MAYOR) DEL SOLICITANTE X | FECHA DE HOY | FIRMA DEL DEPENDIENTE (DE 18 AÑOS DE EDAD O MAYOR) DEL SOLICITANTE X | FECHA DE HOY |

Información y declaración del agente

A mi leal saber y entender, la información que consta en esta solicitud es completa y exacta. Le he explicado al solicitante, en lenguaje de fácil comprensión, el riesgo que corre al brindar información inexacta y el solicitante comprende la explicación. Comprendo que si realizo declaraciones falsas intencionalmente, estaré sujeto a una sanción civil de hasta \$10,000, además de las medidas o recursos aplicables conforme a las leyes vigentes.

| | | |
|------------------------------|--|-------------------|
| FIRMA DEL AGENTE X | NOMBRE DEL AGENTE (EN LETRA DE IMPRENTA) | NÚMERO DEL AGENTE |
| | | |

FOR ANTHEM BLUE CROSS ONLY

| | | | | | | | |
|-----------|--------------------|-----------|----------------|-----------|------|----|------|
| GROUP NO. | CERTIFICATE NUMBER | AGENT NO. | EFFECTIVE DATE | PRE-EXIST | AREA | BY | DATE |
| | | | | | | | |

Los planes Dental Blue PPO son proporcionados por Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company. Anthem Blue Cross es el nombre comercial de Blue Cross of California. Licenciarios independientes de Blue Cross Association.

® ANTHEM es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc. El nombre y el símbolo de Blue Cross son marcas registradas de Blue Cross Association.

Corte por las líneas punteadas.

