



## Anthem Blue Cross Individual Dental PPO

La información contenida en este folleto solo proporciona los aspectos más relevantes del Individual Dental PPO Plan de Anthem Blue Cross. Para obtener información más detallada, asegúrese de leer la póliza del Individual Dental PPO Plan de Anthem Blue Cross que recibirá una vez que esté inscrito.



Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company es un concesionario independiente de Blue Cross Association.® ANTHEM es una marca registrada.® El nombre y símbolo Blue Cross son marcas registradas de Blue Cross Association.

MCABR3072BSP 6/08

Planes personales  
y familiares



# ¿Por qué la cobertura dental debe ser importante para usted y su familia?

## El Cirujano General, la Asociación Dental Americana y los centros para el control y prevención de las enfermedades están de acuerdo: La salud oral es esencial para su salud general – a cualquier edad.

La atención dental de calidad le brinda la oportunidad de prevenir las enfermedades orales y los trastornos craneofaciales cuando se tratan los problemas orales de salud en las etapas tempranas. Las visitas regulares al dentista, incluyendo limpiezas, exámenes y radiografías, pueden reducir el riesgo de lesiones permanentes y ayuda a evitar tratamientos más costosos en el futuro.

El Plan Dental PPO de Anthem Blue Cross es una manera económica de mantener esta parte importante de su salud. Con la cobertura de Dental PPO de Anthem Blue Cross, usted puede disfrutar el acceso a una gran red de dentistas y especialistas, y se sentirá tranquilo al saber que le ayudará a cubrir el costo tanto de las visitas de rutina como de los procedimientos de mayor costo.

Al hacer que la buena salud oral sea parte de su rutina diaria, usted puede mejorar su calidad de vida, su confianza en sí mismo y su apariencia ... es posible que lo deje radiante.

Experimente los beneficios únicos del Individual Dental PPO Plan de Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company, que incluyen:

- **La flexibilidad que espera** – Libertad de elegir cualquier dentista pero poder ahorrar con un dentista de la red.
- **La variedad que necesita** – Reciba una amplia gama de servicios dentales y servicios especializados
- **El ahorro que merece** – Tenga acceso a atención de calidad a tarifas reducidas desde nuestra gran red de más de 13,000 profesionales, con un deducible anual bajo de \$50
- **El nombre en el que usted confía** – Anthem Blue Cross ha sido un líder de la industria en California por más de 65 años
- Anthem Blue Cross SpecialOffers<sup>SM</sup> Program le brinda información sobre ahorros de 10 a 50% ofrecidos por vendedores independientes de productos relacionados.
- Elija el Dental PPO Plan como un plan individual o en combinación con cualquier cobertura de salud de Anthem Blue Cross que esté comprando o que ya tenga.



## Cómo funciona nuestro plan

Usted tiene acceso a una de las redes más grandes de dentistas y especialistas en California que han aceptado brindar servicios a nuestros miembros a tarifas negociadas. A pesar de que el Dental PPO Plan le brinda la flexibilidad de visitar cualquier dentista que usted elija, es importante recordar que si elige un dentista participante dentro de la red del plan, usted ahorrará más dinero (vé el cuadro que sigue).

	En dentistas participantes	En dentistas no participante
<b>Cargos</b>	<b>\$773</b>	<b>\$773*</b>
Ahorros de Anthem Blue Cross	- 348	NA*
Tarifa negociada de Anthem Blue Cross	\$425	NA*
Pago de Anthem Blue Cross	- 264*	- 264*
<b>Usted paga</b>	<b>\$161*</b>	<b>\$509*</b>

\*Supone que se ha pagado el deducible (si es aplicable).

Nosotros le diremos cuánto le paga el plan al dentista por los servicios cubiertos. Para obtener información detallada, refiérase al Cuadro de Beneficios Cubiertos que encontrará en las siguientes páginas.

## El deducible del año calendario

Este es el monto que usted paga cada año por los servicios cubiertos antes que su plan empiece a pagar parte del costo. El deducible del año calendario es de \$50 por persona, con un máximo de tres deducibles por familia (un total de \$150). El deducible se anula para la atención de prevención y de diagnóstico solo en los consultorios dentales participantes.

## El beneficio máximo del año calendario

Esta es la suma máxima de dinero que pagaremos por año por los gastos cubiertos. Todos los beneficios dentales se limitan a un pago máximo por parte de Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company de \$1,000 por gastos incurridos por cada miembro inscrito durante el año calendario.



## Periodos de espera

Este es el tiempo entre el inicio de su membresía en el plan y la fecha de su cobertura para que se inicien algunos beneficios. No hay periodo de espera para la atención de prevención y de diagnóstico. La cobertura para la atención básica (por ejemplo empastes) se inicia después de tres meses continuos de cobertura, y para atención dental mayor (por ejemplo tratamiento de canales dentales) después de 12 meses continuos de cobertura.

## Servicio al cliente

Los representantes de Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company se sentirán complacidos de poder responder cualquier pregunta que usted pueda tener sobre su plan dental. Encontrará el número gratuito en su tarjeta de identificación.

# Individual Dental PPO Plan beneficios cubiertos

Pagamos el monto especificado o el monto actual cobrado por su dentista, el que sea menor. Usted paga el deducible más cualquier cargo que supere el beneficio establecido cuando se utiliza un dentista participante. Los servicios de prevención y de diagnóstico se pagan al 100%.

<b>Beneficio máximo anual</b>	\$1,000 por miembro
<b>Deducible anual</b>	\$50 por persona (máximo de 3 miembros familiares)

## Atención de prevención y diagnóstico

Sin periodos de espera y el deducible se anula cuando se atiende con dentistas participantes

	En los dentistas participantes, nosotros pagamos:	En los dentistas no participantes, nosotros pagamos
<b>Examen oral periódico</b> dos por miembro por año	100%	\$18
<b>Examen oral integral</b>	100%	\$25
<b>Radiografías tipo Bitewing</b> – una película	100%	\$16*
<b>Radiografías tipo Bitewing</b> – dos películas	100%	\$18*
<b>Radiografías simples (periapicales)</b> – primera película – películas adicionales	100% 100%	\$13* \$ 8*
<b>Radiografías tipo Bitewing</b> – cuatro películas	100%	\$26*
<b>Radiografía completa de boca</b> un juego cada tres años	100%	\$60
<b>Limpieza de rutina</b> adulto: dos por año	100%	\$39
<b>Limpieza de rutina</b> niño: dos por año	100%	\$30
<b>Limpieza con fluoruro</b> niño: dos por año	100%	\$35
<b>Fluoruro tópico solamente</b> niño: dos por año	100%	\$14

\* El beneficio total para las radiografía simples y tipo bitewing no deberá superar el costo de una radiografía de boca completa (\$60) en dentistas no participantes.

## Atención dental básica

Periodo de espera de 3-meses

	En un dentista participante o no participante, nosotros pagamos:
<b>Empaste</b> – Una superficie/dos superficies/ tres superficies/cuatro o más superficies	\$42/\$55 \$72/\$84
<b>Extracción</b> – de diente erupcionado o raíz expuesta un diente/cada diente adicional	\$49
<b>Extracción</b> – extracción quirúrgica de diente erupcionado	\$84
<b>Extracción de diente impactado</b> – tejido blando/hueso parcial/hueso completo	\$111/\$148/\$180

## Atención dental mayor

Periodo de espera de 12-meses

	En un dentista participante o no participante, nosotros pagamos:
<b>Raspado/Limadura de raíz</b> – por cuadrante	\$48
<b>Gingivectomía</b> – uno a tres dientes por cuadrante	\$40
<b>Gingivectomía</b> – cuatro o más dientes contiguos por cuadrante	\$145
<b>Cirugía ósea</b> – cuatro o más dientes contiguos o espacio de dientes unido por cuadrante	\$277
<b>Canal dental</b> – un canal/dos canales/ tres canales	\$154/\$189 \$242
<b>Incrustación</b> – una superficie/dos superficies/ tres superficies	\$172/\$198 \$220
<b>Incrustación</b> – adicional a la incrustación	\$57
<b>Corona</b> – acero inoxidable acero	\$264 \$57
<b>Póntico</b>	\$264
<b>Perno y centro</b> – adicional a la corona	\$75
<b>Dentadura artificial</b> completa superior o inferior parcial superior o inferior recapado en consultorio recapado en laboratorio	\$343 \$308 \$75 \$106

Los montos indicados constituyen solo una descripción general. Para obtener los detalles completos, consulte su póliza.

# Es fácil encontrar su dentista y su tarifa

## Cómo encontrar a su dentista participante

Para encontrar a un dentista participante cerca a usted, visite nuestro sitio Web en [anthem.com/ca](http://anthem.com/ca) y haga clic en el enlace "Find a Doctor" link (Enlace Encuentre a un Médico).

En algunos condados la disponibilidad puede ser limitada. Si usted vive en alguna de estas zonas, revise la "Declaración de Entendimiento" incluida en la solicitud antes de elegir este plan.

## Condados con disponibilidad limitada

- Área 2: Alpine, Amador, El Dorado, Inyo, Mono
- Área 3: Colusa, Glenn, Lake, Yolo
- Área 10: Lassen, Modoc, Plumas, Sierra, Trinity
- Área 11: Calaveras, Mariposa, Tuolumne
- Área 12: Humboldt

Las tarifas indicadas a continuación son tarifas mensuales. Tome nota que la opción de pago mensual solo está disponible si usted paga a través de pago automático premium mensual de una cuenta de cheques o tarjeta de crédito. Si elige pagar cada dos meses, simplemente multiplique por dos. Si prefiere pagar trimestralmente, multiplique por tres.



## Tarifas mensuales del Individual Dental PPO Plan de Anthem Blue Cross

	Área 1 & 10	Área 2 & 11	Área 3 & 12	Área 4 & 13	Área 5	Área 6 & 14	Área 7	Área 8	Área 9
<b>Tipo de contrato</b>									
<b>Subscriber</b>	\$43	\$40	\$41	\$46	\$48	\$46	\$41	\$45	\$48
<b>Subscriber y cónyuge</b>	\$85	\$78	\$81	\$89	\$94	\$89	\$81	\$87	\$94
<b>Subscriber e hijo(a)</b>	\$68	\$63	\$64	\$71	\$75	\$71	\$64	\$69	\$75
<b>Subscriber e hijos</b>	\$106	\$97	\$100	\$111	\$116	\$111	\$100	\$108	\$116
<b>Familia</b>	\$133	\$123	\$126	\$140	\$147	\$140	\$126	\$136	\$147
<b>1 hijo</b>	\$35	\$33	\$33	\$37	\$39	\$37	\$33	\$36	\$39
<b>2 hijos</b>	\$67	\$62	\$64	\$71	\$74	\$71	\$64	\$69	\$74
<b>3+ Niños</b>	\$96	\$88	\$91	\$101	\$105	\$101	\$91	\$98	\$105

## Áreas de clasificación

Alameda	95304, 95377, 95391 Todos los otros códigos postales de Alameda	Área 11 Área 3
Alpine		Área 2
Amador		Área 2
Butte		Área 3
Calaveras		Área 11
Colusa		Área 3
Contra Costa		Área 3
Del Norte		Área 10
El Dorado		Área 2
Fresno	93245, 93618 Todos los otros códigos postales de Fresno	Área 7 Área 11
Glenn		Área 3
Humboldt		Área 12
Imperial	92004, 92225, 92274 Todos los otros códigos postales de Imperial	Área 6 Área 14
Inyo	93527 Todos los otros códigos postales de Inyo	Área 7 Área 2
Kern	93536 93558 Todos los otros códigos postales de Kern	Área 9 Área 14 Área 7
Kings	93242, 93631, 93656 Todos los otros códigos postales de Kings	Área 11 Área 7
Lake	95467 95467	Área 3 Área 12
Lassen		Área 10
Los Angeles	Códigos postales que empiezan con 906-912, 915, 917, 918 & 935 (excepto 90623, 90630, 90631, 91709, 93560) 90623, 90630, 90631 91709 93243, 93560 Todos los otros códigos postales de Los Angeles	Área 9 Área 13 Área 14 Área 7 Área 5
Madera		Área 11
Marin		Área 2
Mariposa		Área 11
Mendocino		Área 12
Merced		Área 11
Modoc		Área 10
Mono		Área 2
Monterey	93451 95076 Todos los otros códigos postales de Monterey	Área 8 Área 3 Área 1
Napa	95476 Todos los otros códigos postales de Napa	Área 12 Área 3
Nevada	95977 Todos los otros códigos postales de Nevada	Área 3 Área 2
Orange	90638 Todos los códigos postales de Orange que empiezan con 926 Todos los otros códigos postales de Orange	Área 9 Área 4 Área 13
Placer	95668, 95692 Todos los otros códigos postales de Placer	Área 3 Área 2
Plumas	95981 Todos los otros códigos postales de Plumas	Área 3 Área 10
Riverside	92860, 92880, 92883 92028 y Códigos postales que empiezan con 922 excepto 92248 91752, 92248 y Todos los otros códigos postales de Riverside que empiezan con 923-928 excepto 92860, 92880, 92883	Área 13 Área 6 Área 14

Sacramento	94571 Todos los otros códigos postales de Sacramento	Área 3 Área 2
San Benito	93930, 95004 Todos los otros códigos postales de San Benito	Área 1 Área 11
San Bernardino	91766, 91792 93516, 93555 92880 Todos los otros códigos postales de San Bernardino	Área 9 Área 7 Área 13 Área 14
San Diego		Área 6
San Francisco		Área 3
San Joaquin	94514 95632, 95690 Todos los otros códigos postales de San Joaquin	Área 3 Área 2 Área 11
San Luis Obispo	93252 93426 Todos los otros códigos postales de San Luis Obispo	Área 7 Área 1 Área 8
San Mateo		Área 2
Santa Barbara	93252 Todos los otros códigos postales de Santa Barbara	Área 7 Área 8
Santa Clara	94303 95023 Códigos postales que empiezan con 950-951 excepto 95023, 95076 Todos los otros códigos postales de Santa Clara	Área 2 Área 11 Área 12 Área 3
Santa Cruz	95033 Todos los otros códigos postales de Santa Cruz	Área 12 Área 3
Shasta		Área 10
Sierra	95922 95960 Todos los otros códigos postales de Sierra	Área 3 Área 2 Área 10
Siskiyou		Área 10
Solano	95690 Todos los otros códigos postales de Solano	Área 2 Área 3
Sonoma	94515 Todos los otros códigos postales de Sonoma	Área 3 Área 12
Stanislaus		Área 11
Sutter	95626, 95648, 95837 Todos los otros códigos postales de Sutter	Área 2 Área 3
Tehama	95963, 95973 Todos los otros códigos postales de Tehama	Área 3 Área 10
Trinity	95526 Todos los otros códigos postales de Trinity	Área 12 Área 10
Tulare	93631, 93641, 93646, 93654 Todos los otros códigos postales de Tulare	Área 11 Área 7
Tuolumne		Área 11
Ventura	90265 y Códigos postales que empiezan con 913 93252 Todos los otros códigos postales de Ventura	Área 5 Área 7 Área 8
Yolo		Área 3
Yuba	95960 Todos los otros códigos postales de Yuba	Área 2 Área 3

## Eligibilidad

Usted y sus dependientes de inscripción deben ser residentes permanentes de California. Usted y su cónyuge inscrito deben tener 64 años y nueve meses de edad o menos.

Los dependientes elegibles incluyen:

- el cónyuge legal del subscriptor
- cualquier hijo soltero (del subscriptor o del cónyuge inscrito) menor de 19 años
- cualquier hijo soltero (del subscriptor o del cónyuge inscrito) de 19 a 23 años, que califique como un dependiente para fines del impuesto federal a los ingresos
- el hijo del subscriptor o del cónyuge inscrito, que continúe siendo incapaz de sostenerse a sí mismo debido a retraso mental o impedimento físico, y que dependa por lo menos en un 50% del subscriptor o del cónyuge inscrito para mantenerse

## Fecha en que se inicia la cobertura

La fecha efectiva de su plan la asigna Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company y puede ser cualquier día del mes después de la aprobación.

## Terminación de la cobertura

La cobertura bajo el plan cesa cuando: Usted no paga la prima en la fecha de vencimiento, sujeta al periodo de gracia; el cónyuge ya no está casado con el asegurado principal; un hijo que no cumpla con los requerimientos de elegibilidad mencionados anteriormente; cualquier miembro que se inscriba en cualquier otra cobertura de Anthem Blue Cross/Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company que no sea de grupo; y cualquier miembro cubierto que resida en un país extranjero por más de seis meses consecutivos o que se ausente de California por más de seis meses consecutivos. Debe notificar a Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company de todos los cambios que afecten la elegibilidad de algunos de los miembros.

## No-duplicación de los beneficios de Anthem Blue Cross

Si, durante la cobertura bajo esta póliza, el miembro está cubierto por otra póliza individual de Anthem Blue Cross/Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company, él/ella tendrán derecho solo a los beneficios de la póliza con los mayores beneficios. Las Compañías de Anthem Blue Cross reembolsarán cualquier prima recibida bajo la póliza que tenga menores beneficios, cubriendo el tiempo en que ambas pólizas estuvieron vigentes. Sin embargo, cualquier pago de reclamo hecho por las Compañías de Anthem Blue Cross bajo la póliza con los menores beneficios será deducido de cualquiera de dichos reembolsos de la prima.

## Arbitración vinculante

Cualquier disputa o reclamación que surja de esta Póliza o incumplimiento de la misma, debe resolverse por medio de arbitraje si el monto excede del límite jurisdiccional del tribunal de causas de menor cuantía.

Cualquier disputa sobre un reclamo por daños dentro de los límites jurisdiccionales del tribunal de causas de menor cuantía se resolverá en dicho tribunal.

El Asegurado y Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company acuerdan estar vinculados por las disposiciones del arbitraje y reconocen que están cediendo su derecho a un juicio con jurado tanto para reclamos de negligencia médica como para cualquier otra disputa.

La Ley federal de arbitraje gobierna la interpretación y cumplimiento de todos procedimientos según esta disposición de ARBITRACIÓN VINCULANTE. Hasta donde la Ley federal de arbitraje no se aplique o se mantenga que no requiere arbitraje de un reclamo específico, se aplicará la ley estatal que gobierna los acuerdos de arbitraje. Con respecto al arbitraje que se realiza en California, si no se aplica la Ley federal de arbitraje, se aplicarán la Ley de arbitraje de California, Código de Procedimiento Civil, Sección 12890, et seq.

El arbitraje es iniciado por el Asegurado que hace una demanda por escrito ante Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company. El arbitraje lo llevará a cabo los Servicios de Mediación y Arbitraje Judicial ("JAMS"), según las reglas y procedimientos correspondientes. Si por cualquier motivo JAMS

# Arbitración vinculante (*continuación*)

no está disponible para realizarlo, el arbitraje lo llevará a cabo otra entidad neutral de arbitraje, por acuerdo mutuo del Asegurado y de Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company, o por orden del tribunal, si el Asegurado y Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company no llegan a un acuerdo.

Los costos de este arbitraje serán asignados de acuerdo a la Política de JAMS sobre Arbitraje del consumidor. Si el arbitraje no lo realiza JAMS, los costos serán compartidos por igual por las partes, excepto en casos de extrema dificultad financiera, a solicitud a una entidad neutral de arbitraje a la que las partes han acordado, en cuyos casos, Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company asumirá todos o parte de los costos del tenedor de la póliza del arbitraje.

En el caso en que los daños reclamados sean \$50,000.00 o menos, el arbitraje lo llevará a cabo un árbitro neutral al que las partes acuerdan. Dicho árbitro no tendrá jurisdicción para adjudicar más de \$50,000.00 El árbitro será seleccionado de acuerdo con las reglas pertinentes de la entidad de administración de arbitraje. Con respecto a un arbitraje que se lleva a cabo en California, si las partes no pueden ponerse de acuerdo en la selección de un árbitro utilizando las reglas de la entidad de administración del arbitraje, se utilizará el método provisto en la Sección 1281.6 del Procedimiento del Código Civil.

El Asegurado y Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company acuerdan renunciar al derecho de participar en arbitraje en grupo uno contra el otro. Aun si la ley correspondiente permite las demandas o arbitrajes colectivos, el Asegurado renuncia al derecho de proseguir, colectivamente, en dicha controversia y en reclamaciones contra Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company renuncia a cualquier derecho de continuar colectivamente en cualquier controversia o disputa contra el Asegurado. Los fallos del arbitraje serán finales y vinculantes excepto hasta donde la ley federal o de California disponga una revisión judicial de procedimientos de arbitraje.

Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company proporcionará a los tenedores de pólizas, a pedido, una solicitud o información sobre cómo obtener una solicitud de la organización neutral de arbitraje, para la resolución de todas o una parte del costo de los honorarios y gastos de la entidad neutral de arbitraje. La aprobación o negación de la solicitud en el caso de extrema dificultad financiera será determinada por la entidad neutral de arbitraje.

Envíe todas las demandas de arbitraje vinculante por escrito a:

Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company,  
P.O. Box 9066, Oxnard, California, 93031-9066.



# Exclusiones y limitaciones

## Exclusiones y limitaciones

- Atención o terapia experimental o de investigación.
- Cualquier condición por la cual se recuperen beneficios de cualquier naturaleza o que se encuentre que se pueden recuperar, ya sea por adjudicación, acuerdo o de otra manera, bajo cualquier ley de Compensación del Trabajador (Worker's Compensation) o ley ocupacional, aún cuando usted no reclame estos beneficios. Si existiera una disputa o duda sustancial en cuanto a si se pueden recuperar beneficios para esas condiciones de conformidad con la ley de Compensación de los Trabajadores, Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company proporcionará los beneficios del plan para dichas condiciones sujetos a su derecho de recuperación y reembolso bajo la Sección 4903 del Código Laboral de California.
- Cualquier servicio que le de derecho a recibir los beneficios de Medicare, sin importar que se paguen realmente o no los beneficios de Medicare.
- Cualquier servicio proporcionado por cualquier agencia gubernamental local, estatal o del condado, incluyendo cualquier un gobierno extranjero, excepto cuando el pago bajo el plan sea expresamente exigido por la ley estatal o federal.
- Servicios o suministros que no se cobran o que no se cobrarían si no tuviera una cobertura de seguro o servicios por los cuales no esté legalmente obligado a pagar.
- Servicios recibidos antes de la fecha de vigencia o durante una hospitalización que se inició antes de su fecha de vigencia.
- Servicios prestados antes de que se inicie la cobertura o después de que la cobertura finalice.
- Medicamentos recetados, pre-medicación o analgesia (incluyendo óxido nítrico).
- No se proporcionan beneficios por cargos de hospital o de médico asociado por cualquier tratamiento dental que no pueda realizarse en el consultorio médico debido a sus limitaciones de salud general, mental, emocional, de comportamiento o limitaciones físicas.
- Servicios o suministros que no están específicamente indicados como cubiertos bajo el acuerdo del plan.
- Servicios proporcionados por familiares, y servicios profesionales que brinda una persona que vive en su hogar o que está relacionada con usted por lazos de sangre, matrimonio o adopción.
- Cualquier cantidad en exceso de los importes máximos indicados en el programa de beneficios del plan.
- Cargos por tratamientos realizados por personas que no sean un dentista o médico licenciado, excepto cargos por profilaxis dental realizada por un higienista dental licenciado.
- Reemplazo de una prótesis existente, que haya sido perdida o robada, que en opinión del dentista, es o puede realizarse en forma satisfactoria.
- Reemplazo de una prótesis fija o removible, por la cual nosotros pagamos beneficios, si tal reemplazo ocurre dentro de los cinco años de la colocación original, a menos que la dentadura sea un obturador temporario utilizado durante el periodo de curación debido a la extracción de dientes anteriores.
- Servicios de ortodoncia, correctores, dispositivos y todos los servicios relacionados. Tampoco está cubierta la cirugía necesaria conjuntamente con un tratamiento de ortodoncia.
- Diagnóstico o tratamiento de la articulación de la mandíbula y/o servicios de oclusión, suministros o dispositivos provistos en conexión con cualquier otro tratamiento para modificar, corregir, arreglar, mejorar, remover, reemplazar, reposicionar, restaurar o tratar de alguna otra forma la articulación de la mandíbula (articulación temporomandibular) o musculatura asociada, nervios y otros tejidos por cualquier otra razón o medio; o cualquier tratamiento que incluya coronas y/o puentes para modificar la forma de encuentro de los dientes superiores e inferiores (oclusión); o tratamiento para cambiar la dimensión vertical (el espacio entre la mandíbula superior e inferior) por cualquier razón o por cualquier medio, incluyendo la restauración de la dimensión vertical debido a que los dientes se han gastado debido a atrición, abrasión, abfracción, erosión o bruxismo.
- Procedimientos que requieren dispositivos o restauraciones (que no sean aquellos para reemplazo por pérdida de estructura por caries) que sean necesarios para modificar, restaurar o mantener las oclusiones. Estas incluyen pero no se limitan al cambio de la dimensión vertical; reemplazo o estabilización de la estructura del diente perdido por atrición, abrasión, abfracción erosión o bruxismo; realineación de dientes; modelado gnatológico; equilibración oclusal; y ferulización.
- Exámenes orales, incluyendo profilaxis, que excedan dos visitas por año.
- Más de un juego de radiografías de boca completa o su equivalente en un periodo de tres años.
- Aplicaciones de fluoruro y selladores para los pacientes mayores de 18 años. Aplicaciones de fluoruro que excedan dos visitas por año.
- Corrección de malformaciones congénitas o de desarrollo para un tenedor de póliza o dependiente incluyendo sin sentido limitativo dientes supernumerarios y/o dientes no permanentes retenidos en exceso, fisura palatina, malformaciones maxilares o mandibulares (mandíbula superior e inferior), hipoplasia del esmalte (carencia de desarrollo), fluorosis (un tipo de decoloración de los dientes), y anodoncia (ausencia congénita de dientes).
- Ajustes, reparaciones o recapados a las prótesis por un periodo de seis meses desde la colocación inicial si las prótesis fueron pagaron bajo este plan.
- Puentes fijos, coronas parciales removibles y/o coronas moldeadas, con o sin veneer, e incrustaciones para los pacientes menores de 16 años.
- Reemplazo de coronas y restauraciones moldeadas, incluyendo incrustaciones y coronas de porcelana, para las cuales Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company pagó los beneficios, si tal reemplazo ocurre dentro de los cinco años de la colocación original.
- Si un tenedor de póliza se traslada de atenderse con un dentista para atenderse con otro durante el curso del tratamiento, o si más de un dentista presta sus servicios para un procedimiento dental, Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company será responsable solo por el monto que le correspondería si solo un dentista hubiera prestado sus servicios.
- Instrucciones de higiene oral.
- Servicios para el tratamiento de malignidades y neoplasmas.
- Implantes o la extracción de implantes, a menos que se hayan proporcionado asociados con un dispositivo protésico cubierto, en cuyo caso Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company permitirá el beneficio de una dentadura completa estándar o parcial o un puente del costo de los implantes y dispositivos protésicos.
- Reemplazo de los dientes ausentes antes de la fecha de vigencia de cobertura con dentaduras parciales, dentaduras completas o puentes fijos.
- Extensión de coronas.
- Cualquier servicio realizado para fines cosméticos (incluyendo sin sentido limitativo, el blanqueado externo, blanqueado de dientes descoloridos no vitales, restauraciones compuestas, veneer, coronas en dientes que no muestran una patología y revestimientos en coronas ubicadas en dientes posteriores).

Esta es solo una visión general de dichas exclusiones y limitaciones. La póliza contiene una lista integral de las exclusiones y limitaciones del plan.

# Cómo inscribirse

## Para los nuevos miembros que se inscriban en la cobertura dental solo:

- Complete y firme la solicitud adjunta.
- Determine su prima
- Elija su plan de pago
- Emita una cheque pagadero a Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company.
- Envíe la solicitud y el pago a la dirección que aparece a continuación, o a su agente.

## Para los nuevos miembros que se inscriban en la cobertura médica y dental de Anthem Blue Cross/Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company:

- Consulte las instrucciones de la inscripción individual Solicitud

## Para los miembros de la cobertura médica de Anthem Blue Cross/Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company que quieran agregar la atención dental:

- Complete y firme la solicitud adjunta.
- Determine su prima
- Elija su plan de pago\*
- Emita una cheque pagadero a Anthem Blue Cross/Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company.
- Envíe la solicitud y el pago\*\* a la dirección que aparece a continuación, o a su agente

\* Usted debe elegir la misma opción de pago para su plan dental que la de su plan médico.

\*\*Aún cuando pague su prima médica por medio de un pago automático premium mensual de una cuenta de cheques o tarjeta de crédito, usted debe enviar la prima dental mensual del primer mes con la solicitud.

## Para determinar su prima inicial:\*

- Si desea pagar su cuenta mensualmente, llene la Autorización de deducción de cuenta de cheques adjunta y remítala con un cheque para el pago de la prima de un mes y un cheque en blanco marcado "INVÁLIDO".
- Si desea pagar su cuenta cada dos meses (bimensualmente), emita un cheque por la prima de dos meses.
- Si desea pagar su cuenta cada tres meses, emita un cheque por la prima de tres meses.

\*Si usted es miembro del plan médico de Anthem Blue Cross, debe seleccionar la misma opción de pago para su plan dental que la que tiene para su plan médico.

Envíe su solicitud y pago a:

**Anthem Blue Cross Life and Health  
Insurance Company  
P.O. Box 9041  
Oxnard, CA 93031-9041**

o a su:

**Agente independiente autorizado**



Adjunte el cheque aquí

Solicitud de Inscripción del Individual Dental PPO Plan de Anthem Blue Cross

Si está suscrito a Anthem Blue Cross, ingrese el número de grupo y número de certificado actual de Anthem Blue Cross.

GROUP NO. CERTIFICATE NO.

Revise el tipo de facturación seleccionado

- Mensual (solamente por deducción mensual de la cuenta de cheques)
Bimensual
Trimestralmente

Información de la solicitud : El solicitante debe completar esta sección.

EN LETRA DE IMPRENTA

Form with fields: APELLIDO, NOMBRE, MI, SEXO, FECHA DE NACIMIENTO, ESTADO CIVIL, NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL, DIRECCIÓN DE DOMICILIO, LA DIRECCIÓN DE FACTURACIÓN SI ES DIFERENTE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL, NÚMERO DE TELÉFONO DE LA CASA, NÚMERO DE TELÉFONO DE LA OFICINA

Cónyuge que se asegurará (Firme a continuación)

Form with fields: NOMBRE DEL CÓNYUGE, SEXO, FECHA DE NACIMIENTO, NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL

Niños que se asegurarán

Form with 4 rows for children: NOMBRE, SEXO, FECHA DE NACIMIENTO

Firmas (Requeridas)

Toda disputa entre usted y Anthem Blue Cross/Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company debe ser resuelta mediante arbitraje si el importe que se pretende excede el límite jurisdiccional del tribunal de pequeñas demandas...

Declaración de Entendimiento para las Áreas 2, 3, 10, 11 y 12 (solo los condados que no están en la red - ver página 8.) Entiendo la diferencia entre un dentista participante y un dentista no participante...

Form with fields: FIRMA DEL SOLICITANTE/PADRE O GUARDIÁN LEGAL, FECHA DE HOY, FIRMA DEL CÓNYUGE DEL SOLICITANTE, FECHA DE HOY, FIRMA DEL DEPENDIENTE DEL SOLICITANTE DE 18 AÑOS DE EDAD O MÁS, FECHA DE HOY

Información del agente

Form with fields: FIRMA DEL AGENTE, NOMBRE DEL AGENTE (LETRA DE IMPRENTA), NÚMERO DEL AGENTE

FOR Anthem Blue Cross USE ONLY (PARA USO DE Anthem Blue Cross SOLAMENTE)

Form with fields: NO. DE GRUPO, NÚMERO DE CERTIFICADO, NO. DE AGENTE, FECHA DE VIGENCIA, PRE-EXISTENTE, ÁREA, POR, FECHA

# Deducción opcional mensual de la cuenta de cheques

- 1 Complete esta sección.
- 2 Adjunte un cheque en blanco marcado "INVÁLIDO" a este formulario. (LOS COMPROBANTES DE DEPÓSITO o CHEQUES TEMPORARIOS NO SON ACEPTABLES).
- 3 Envíe un cheque por la prima de un mes pagadero a Anthem Blue Cross Si la cuenta indicada es una cuenta conjunta, son necesarias ambas firmas de los tenedores de la cuenta.

## Autorización de deducción de cuenta de cheques

Para mi conveniencia, le solicito y autorizo pagar y cargar a mi cuenta los cheques emitidos sobre esa cuenta por y pagaderos a la orden de Anthem Blue Cross, teniendo en cuenta de que hayan suficientes fondos en dicha cuenta para pagarlos al momento de la presentación. Estoy de acuerdo en que sus derechos con respecto a dicho débito serán los mismos que si éste fuera un cheque emitido por usted y firmado personalmente por mi persona. Autorizo a Anthem Blue Cross proceder con los débitos (y/o correcciones a débitos anteriores) desde mi cuenta con la institución financiera indicada para el pago de mis primas de Anthem Blue Cross. Esta autorización permanecerá vigente hasta que yo la revoque por escrito, y hasta que usted reciba dicho aviso, estará totalmente protegido para cobrar cualquiera de estos débitos. Acuerdo además, que si alguno de estos débitos no fuera pagado, ya sea con o sin causa o que sea intencionalmente o inadvertidamente, usted no tendrá responsabilidad alguna cualquiera sea el caso aun cuando no pagar dicho débito pudiera resultar en la pérdida del seguro.

Nombre del banco
Dirección
Ciudad / Estado / Código Postal

**NOTA:** Usted incurrirá en un cargo por servicio por cualquier retiro no pagado. Si su banco no paga su retiro, se le retirará automáticamente de la deducción mensual de cuenta de cheques, y se le facturará trimestralmente. Después de 12 meses, puede volver a solicitar la opción de deducción mensual de cuenta de cheques.

Nombre del subscriptor		
No. de Seguro Social del subscriptor / No. del certificado	No. de grupo	
Nombre o cuenta de cheques (Si es diferente a la anterior)		
No. de cuenta de cheques		
Firma autorizada (Como aparece en los registros de la institución financiera)		Fecha
Firma autorizada (Como aparece en los registros de la institución financiera)		Fecha

→ Engrampe el cheque en blanco, invalidado aquí ←