

## Matriz de divulgación del Resumen de beneficios y cobertura dental (SDBC)

### Parte I: INFORMACIÓN GENERAL

**Nombre del plan:** Cigna Dental Health of California, Inc.  
**Tipo de línea de producto:** DHMO  
**Fecha de entrada en vigor:** A partir del 1 de marzo de 2025

**Nombre del producto:** P7IVX  
**N.º de teléfono del plan:** 1-800-Cigna24  
**Sitio web del plan:** [www.cigna.com](http://www.cigna.com)

EL OBJETIVO DE ESTA MATRIZ ES AYUDARLE A COMPARAR LOS BENEFICIOS DE LA COBERTURA Y LO QUE USTED PAGARÁ POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS. ESTO ES SOLAMENTE UN RESUMEN Y NO INCLUYE LOS COSTOS DE LAS PRIMAS DE ESTE PAQUETE DE BENEFICIOS DENTALES. CONSULTE SU EVIDENCIA DE COBERTURA Y EL CONTRATO DEL SEGURO DENTAL PARA VER 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.cigna.com](http://www.cigna.com) O LLAME AL 1-800-Cigna24.

ESTA MATRIZ NO CONSTITUYE UNA GARANTÍA DE GASTOS O PAGO.

### Parte II: DEDUCIBLES

Deducible	Dentro de la red	Fuera de la red
Dental	Ninguno	Ninguno
Ortodoncia	Ninguno	Ninguno

- **No se aplica ningún deducible.**
- Un **deducible** es la cantidad que usted debe pagar por los servicios dentales cubiertos cada año del plan antes de que el plan empiece a pagar el costo del tratamiento dental cubierto.
- Los **servicios dentro de la red** son servicios de cuidado dental proporcionados por dentistas u otros proveedores de cuidado dental con licencia que tienen contrato con su plan para proporcionar servicios dentales.
- Los **servicios fuera de la red** son servicios de cuidado dental proporcionados por dentistas u otros proveedores de cuidado dental con licencia que no tienen contrato con su plan.

Estado de California, Agencia de Salud y Servicios Humanos-Departamento de Atención Médica Administrada: DMHC 10-278. Fecha de entrada en vigor: 1 de enero de 2023.

### **Parte III: MÁXIMOS QUE PAGARÁ EL PLAN**

<b>Máximos</b>	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
Máximo anual	No corresponde	No corresponde
Máximo anual de por vida por ortodoncia	No corresponde	No corresponde

- El **máximo anual** es la cantidad máxima en dólares que su plan pagará por el costo del cuidado dental dentro de un período específico, generalmente un período de 12 meses consecutivos o un año calendario. No todos los servicios cuentan para el máximo anual.
- El **máximo de por vida** significa la cantidad máxima en dólares que su plan de beneficios dentales pagará durante la vida de la persona inscrita. Los máximos de por vida generalmente se aplican a servicios específicos, como tratamiento de ortodoncia.

### **Parte IV: PERÍODOS DE ESPERA**

**Períodos de espera:** Un período de espera es la cantidad de tiempo que debe transcurrir antes de que usted pueda recibir beneficios o servicios para todos o ciertos tratamientos dentales. **Su paquete de beneficios dentales no tiene períodos de espera para los servicios cubiertos una vez que se inscribe.**

### **Parte V: LO QUE USTED PAGARÁ**

Todos los costos de copago y coseguro que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el deducible, si aplica un deducible. Los Procedimientos dentales comunes se dividen en las siguientes categorías: preventivos y de diagnóstico, básicos o de mayor envergadura. La columna “Limitaciones y exclusiones de beneficios” incluye solamente las limitaciones y exclusiones comunes. Para ver una lista completa, consulte el documento de todas las divulgaciones al que se hace referencia en la columna “Limitaciones y exclusiones de beneficios”.

<b>Procedimientos dentales comunes</b>	<b>Categoría</b>	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>	<b>Limitaciones y exclusiones de beneficios</b> Para conocer detalles completos sobre la cobertura, así como todas las exclusiones y limitaciones, consulte su Tabla de cargos para el paciente y su Cuadernillo del plan.
<i>Examen bucal</i>	Preventivo y de diagnóstico	\$0	Sin cobertura	Las evaluaciones bucales tienen un límite total combinado de 4 evaluaciones integrales o periódicas durante un período de 12 meses consecutivos.
<i>Radiografía de aleta de mordida</i>	Preventivo y de diagnóstico	\$0	Sin cobertura	No corresponde

<i>Limpieza</i>	Preventivo y de diagnóstico	\$0	Sin cobertura	Límite de 2 por año; hay limpiezas adicionales por año por el copago que aparece en su Tabla de cargos para el paciente.
<i>Empaste</i>	Básico	\$0	Sin cobertura	No corresponde
<i>Extracción de pieza dental erupcionada o raíz expuesta</i>	Básico	\$6	Sin cobertura	No corresponde
<i>Tratamiento de conducto</i>	Básico	\$305	Sin cobertura	No corresponde
<i>Remoción del sarro y alisado radicular</i>	Básico	\$50	Sin cobertura	Límite de 4 cuadrantes cada 12 meses consecutivos.
<i>Corona de cerámica</i>	De mayor envergadura	\$285	Sin cobertura	Las coronas con sustrato de porcelana/cerámica en los molares no están cubiertas.
<i>Dentadura postiza parcial removible</i>	De mayor envergadura	\$240	Sin cobertura	No corresponde
<i>Extracción de pieza dental erupcionada con extracción del hueso</i>	Básico	\$40	Sin cobertura	No corresponde
<i>Ortodoncia</i>	Ortodoncia	\$1,608	Sin cobertura	El copago refleja veinticuatro (24) meses de tratamiento completo activo para niños. Los tratamientos que excedan los 24 meses requieren un pago adicional por parte del paciente.

## Parte VI: EJEMPLOS DE COBERTURA

**ESTOS EJEMPLOS NO REPRESENTAN UNA ESTIMACIÓN DE COSTOS NI UNA GARANTÍA DE PAGO.** Los ejemplos proporcionados representan los servicios que se usan habitualmente en las categorías de servicios de diagnóstico y preventivos, básicos y de mayor envergadura, con fines ilustrativos únicamente y para comparar este producto con otros productos dentales que usted tal vez esté analizando. Es probable que sus costos reales sean diferentes de los que se muestran en la siguiente tabla, lo cual dependerá de los servicios que reciba efectivamente, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Concéntrese en las cantidades de los costos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y el resumen de los servicios excluidos por el plan.

<b>Dana tiene una cita dental con un dentista nuevo</b>	<b>Sam necesita un empaste dental</b>	<b>Maria necesita una corona</b>
Examen, radiografías (toda la boca) y limpieza para un paciente nuevo	Composite de resina – una cara, posterior	Corona – sustrato de porcelana/cerámica

<b>Visita de Dana</b>	<b>Costo de Dana</b>	<b>Visita de Sam</b>	<b>Costo de Sam</b>	<b>Visita de Maria</b>	<b>Costo de Maria</b>
Costo total del servicio	Dentro de la red: \$400 Fuera de la red: \$550	Costo total del servicio	Dentro de la red: \$150 Fuera de la red: \$200	Costo total del servicio	Dentro de la red: \$1,300 Fuera de la red: \$1,750
Deducible	Dentro de la red: No corresponde  Fuera de la red: Sin cobertura	Deducible	Dentro de la red: No corresponde  Fuera de la red: Sin cobertura	Deducible	Dentro de la red: No corresponde  Fuera de la red: Sin cobertura
Máximo anual (lo que pagará el plan)	Dentro de la red: No corresponde  Fuera de la red: No corresponde	Máximo anual (lo que pagará el plan)	Dentro de la red: No corresponde  Fuera de la red: No corresponde	Máximo anual (lo que pagará el plan)	Dentro de la red: No corresponde  Fuera de la red: No corresponde

Visita de Dana	Costo de Dana	Visita de Sam	Costo de Sam	Visita de Maria	Costo de Maria
Costo para el paciente (copago o coseguro)	Dentro de la red: \$0  Fuera de la red: \$550	Costo para el paciente (copago o coseguro)	Dentro de la red: \$70  Fuera de la red: \$200	Costo para el paciente (copago o coseguro)	Dentro de la red: \$285  Fuera de la red: \$1,750
<b>En este ejemplo, Dana pagaría (incluye copagos/coseguro y deducible, si corresponde):</b>	<b>Dentro de la red: \$0  Fuera de la red: \$550</b>	<b>En este ejemplo, Sam pagaría (incluye copagos/coseguro y deducible, si corresponde):</b>	<b>Dentro de la red: \$70  Fuera de la red: \$200</b>	<b>En este ejemplo, Maria pagaría (incluye copagos/coseguro y deducible, si corresponde):</b>	<b>Dentro de la red: \$285  Fuera de la red: \$1,750</b>

Resumen de lo que no está cubierto o está sujeto a una limitación:	<p>Las evaluaciones bucales tienen un límite total combinado de 4 evaluaciones integrales o periódicas durante un período de 12 meses consecutivos. Una serie completa de radiografías de toda la boca tiene un límite de 1 cada 3 años.</p> <p>Las limpiezas tienen un límite de 2 por año; hay limpiezas adicionales por año por el copago que aparece en su Tabla de cargos para el paciente.</p>	Resumen de lo que no está cubierto o está sujeto a una limitación:	No corresponde	Resumen de lo que no está cubierto o está sujeto a una limitación:	Las coronas con sustrato de porcelana/cerámica en los molares no están cubiertas.
--	--	--	----------------	--	---