

Planes dentales, de la vista y de seguro de vida individuales y familiares



Obtenga una cotización e inscríbese en buyblueshieldca.com.

Un plan completo es un plan mejor

Para tener buena salud, no solo es necesario comer bien, hacer ejercicio y hacerse controles con frecuencia; también es muy importante cuidar la salud de la boca y los dientes, y de la vista. Por eso, ofrecemos varios planes dentales y de la vista* entre los que puede elegir. Uno de nuestros planes más pedidos es el plan Specialty Duo^{SM*}, que ofrece la comodidad de combinar cobertura dental y de la vista en un solo paquete.

Complete su cobertura protegiendo la seguridad financiera de sus seres queridos. El seguro de vida de Blue Shield of California Life & Health Insurance Company ofrece protección financiera cuando más la necesitan.

Sonría, tenemos el plan dental para usted

Proteja su sonrisa con uno de nuestros planes dentales PPO o HMO y disfrute de una variedad de beneficios dentales, como limpiezas y radiografías, sin costo. Hay planes desde solo \$14.00 por mes para adultos. Si tiene hijos menores de 19 años, ellos tendrán cubierta la atención

básica dental y de la vista a través de los beneficios dentales y de la vista para niños que incluimos en todos los planes médicos individuales y familiares.

¿No sabe qué plan elegir? Podemos ayudarle. Generalmente, los planes HMO cuestan menos por mes y tienen costos de bolsillo más bajos por los servicios en comparación con los planes PPO. Sin embargo, los planes PPO ofrecen más flexibilidad a la hora de elegir un dentista. Por eso, si le parece importante poder elegir entre una mayor cantidad de proveedores dentales y puede pagar un poco más, es posible que la mejor opción para usted sea un plan PPO. En cambio, si le interesa más el costo que la variedad, puede que le resulte mejor un plan HMO. Visite blueshieldca.com/fad para buscar dentistas de las redes PPO o HMO en su área.

Ahora que tiene una idea general de sus opciones, compare la información detallada de los planes que está en las páginas 2 y 3, y las tarifas de los planes que están en la página 6.



Vea la página 7 para encontrar definiciones útiles de términos importantes.

* Asegurados por Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life).

Planes dentales

	Dental Standard HMO	Dental HMO	Dental PPO	Paquete dental + de la vista Specialty Duo*	Dental PPO 1500
	Planes disponibles directamente a través de Blue Shield				
Tarifas para adultos desde:	\$16.40	\$27.40	\$51.40	\$57.20	\$59.30
Beneficio	Con los proveedores participantes, los miembros pagan: ¹				
Servicios de diagnóstico y de atención preventiva (limpiezas, radiografías, y exámenes bucodentales iniciales y periódicos)	\$0	\$0	\$0 ²	\$0 ²	\$0 ²
Servicios de restauración: empastes (resina compuesta en una superficie, región anterior)	\$20	\$18	\$37 ³	\$37 ³	\$37 ³
Cirugía bucodental (extracción de dientes erupcionados o de raíz expuesta con elevadores y/o fórceps)	\$40	\$34	\$40 ³	\$40 ³	\$40 ³
Extracción de diente impactado (extracción ósea completa)	\$225	\$125	\$113 ³	\$113 ³	\$113 ³
Tratamiento de conducto (retratamiento de un tratamiento de conducto previo; conducto radicular anterior)	\$175	\$245	\$156 ³	\$156 ³	\$156 ³
Tratamiento de conducto (tratamiento de endodoncia, diente molar; sin restauración final)	\$355	\$290	\$234 ³	\$234 ³	\$234 ³
Coronas (porcelana fundida con metal muy noble)	\$350 ⁶	\$300 ⁶	\$320 ⁴	\$320 ⁴	\$320 ⁴
Tramo de puente; porcelana fundida con metal muy noble	\$350	\$300	\$293 ⁴	\$293 ⁴	\$293 ⁴
Ortodoncia	\$2,350 para menores de 19 años, banda de ortodoncia completa, dos años \$2,650 desde los 19 años en adelante, banda de ortodoncia completa, dos años	\$2,350 para menores de 19 años, banda de ortodoncia completa, dos años \$2,650 desde los 19 años en adelante, banda de ortodoncia completa, dos años	\$2,350 para menores de 19 años, banda de ortodoncia completa, dos años ^{4,7} \$2,650 desde los 19 años en adelante, banda de ortodoncia completa, dos años ^{4,7}	\$2,350 para menores de 19 años, banda de ortodoncia completa, dos años ^{4,7} \$2,650 desde los 19 años en adelante, banda de ortodoncia completa, dos años ^{4,7}	\$2,350 para menores de 19 años, banda de ortodoncia completa, dos años ^{4,7} \$2,650 desde los 19 años en adelante, banda de ortodoncia completa, dos años ^{4,7}
Raspado y alisado radicular periodontales (cuatro dientes o más por cuadrante)	\$75	\$55	\$65 ³	\$65 ³	\$65 ³
Colocación quirúrgica del cuerpo de un implante: implante endóstico	Sin cobertura	\$1,375	\$612 ⁴	\$612 ⁴	\$612 ⁴
Dentadura postiza (superior o inferior completa)	\$400	\$400	\$388 ⁴	\$388 ⁴	\$388 ⁴
Deducible por año calendario	\$0	\$0	\$50 por persona	\$50 por persona	\$50 por persona
Máximo de beneficios por año calendario	Ninguno	Ninguno	\$1,000 por persona	\$1,000 por persona	\$1,500 por persona

 = El beneficio está disponible antes de alcanzar cualquier deducible.  = El beneficio está sujeto a un deducible.

Este cuadro brinda información general sobre los beneficios. Para obtener más información sobre los beneficios, los costos de los servicios, los periodos de espera y las exclusiones y limitaciones, vea los folletos *Resumen de Beneficios e Información legal importante*. Para recibir estos documentos, llámenos al (888) 256-3650.

* Asegurados por Blue Shield of California Life & Health Insurance Company.

- Las cantidades que se indican son un porcentaje de los cargos permitidos. Los proveedores de la red aceptan los cargos permitidos de Blue Shield como pago total por los servicios cubiertos.
- Los servicios de diagnóstico y de atención preventiva no se aplican al máximo de beneficios por año calendario de este plan.
- Hay un periodo de espera de tres meses para obtener estos servicios, excepto que haya tenido una cobertura anterior. Comuníquese con Servicio al Cliente al (888) 271-4880 para obtener más información sobre cómo conseguir una excepción.

- Hay un periodo de espera de seis meses para obtener estos servicios, excepto que haya tenido una cobertura anterior. Comuníquese con Servicio al Cliente al (888) 271-4880 para obtener más información sobre cómo conseguir una excepción.
- Hay un periodo de espera de doce meses para obtener estos servicios, excepto que haya tenido una cobertura anterior. Comuníquese con Servicio al Cliente al (888) 271-4880 para obtener más información sobre cómo conseguir una excepción.

- Si se usan metales preciosos, se le cobrará al miembro según el costo del dentista. Para los planes dentales HMO, el uso de porcelana en molares está sujeto a un cargo adicional de \$75.
- Las cantidades no se acumulan para el máximo de beneficios por año calendario.
- La cantidad máxima es por persona y se aplica a todo el tiempo que dure la membresía. El deducible es de \$50 por persona o \$150 por familia.

Planes dentales

	Enhanced Dental PPO 50/2000	Enhanced Dental PPO 50/2000 Lifetime Ortho 1500	Blue Shield Family Dental HMO	Blue Shield Family Dental PPO
	Planes disponibles directamente a través de Blue Shield		Planes de Blue Shield disponibles a través de Covered California	
Tarifas para adultos desde:	\$75.50	\$82.00	\$14.00	\$45.70
Beneficio	Con los proveedores participantes, los miembros pagan:¹			
Servicios de diagnóstico y de atención preventiva (limpiezas, radiografías, y exámenes bucodentales iniciales y periódicos)	0 %	0 %	0 %	0 % ²
Servicios de restauración: empastes (resina compuesta en una superficie, región anterior)	20 % ⁴	20 % ⁴	\$30	20 %
Cirugía bucodental (extracción de dientes erupcionados o de raíz expuesta con elevadores y/o fórceps)	20 % ⁴	20 % ⁴	\$65	50 % ⁴
Extracción de diente impactado (extracción ósea completa)	20 % ⁴	20 % ⁴	\$160	50 % ⁴
Tratamiento de conducto (retratamiento de un tratamiento de conducto previo; conducto radicular anterior)	50 % ⁵	50 % ⁵	\$245	50 % ⁴
Tratamiento de conducto (tratamiento de endodoncia, diente molar; sin restauración final)	50 % ⁵	50 % ⁵	\$300	50 % ⁴
Coronas (porcelana fundida con metal muy noble)	50 % ⁵	50 % ⁵	\$300	50 % ^{4, 6}
Tramo de puente; porcelana fundida con metal muy noble	50 % ⁵	50 % ⁵	\$300	50 % ^{4, 6}
Ortodoncia	Sin cobertura	50 % (máximo de \$1,500 durante la membresía y sujeto a un deducible que se aplica por separado) ^{5, 7, 8}	\$350 para menores de 19 años cuando sea médicamente necesario; sin cobertura desde los 19 años en adelante	50 % para menores de 19 años cuando sea médicamente necesario; sin cobertura desde los 19 años en adelante
Raspado y alisado radicular periodontales (cuatro dientes o más por cuadrante)	50 % ⁵	50 % ⁵	\$55	50 %
Colocación quirúrgica del cuerpo de un implante: implante endóstico	50 % ⁵	50 % ⁵	Sin cobertura	Sin cobertura
Dentadura postiza (superior o inferior completa)	50 % ⁵	50 % ⁵	\$300 para menores de 19 años; \$400 desde los 19 años en adelante	50 % ⁴
Deducible por año calendario	\$50 por persona/ \$150 por familia	\$50 por persona/ \$150 por familia	\$0	\$75 por persona/\$150 por familia hasta los 19 años; \$50 por persona desde los 19 años en adelante
Máximo de beneficios por año calendario	\$2,000 por persona	\$2,000 por persona	Ninguno	Ninguno para menores de 19 años; \$1,500 por persona desde los 19 años en adelante

 = El beneficio está disponible antes de alcanzar cualquier deducible.  = El beneficio está sujeto a un deducible.

Este cuadro brinda información general sobre los beneficios. Para obtener más información sobre los beneficios, los costos de los servicios, los períodos de espera y las exclusiones y limitaciones, vea los folletos *Resumen de Beneficios e Información legal importante*. Para recibir estos documentos, llámenos al (888) 256-3650.

* Asegurados por Blue Shield of California Life & Health Insurance Company.

- Las cantidades que se indican son un porcentaje de los cargos permitidos. Los proveedores de la red aceptan los cargos permitidos de Blue Shield como pago total por los servicios cubiertos.
- Los servicios de diagnóstico y de atención preventiva no se aplican al máximo de beneficios por año calendario de este plan.
- Hay un período de espera de tres meses para obtener estos servicios, excepto que haya tenido una cobertura anterior. Comuníquese con Servicio al Cliente al (888) 271-4880 para obtener más información sobre cómo conseguir una excepción.

- Hay un período de espera de seis meses para obtener estos servicios, excepto que haya tenido una cobertura anterior. Comuníquese con Servicio al Cliente al (888) 271-4880 para obtener más información sobre cómo conseguir una excepción.
- Hay un período de espera de doce meses para obtener estos servicios, excepto que haya tenido una cobertura anterior. Comuníquese con Servicio al Cliente al (888) 271-4880 para obtener más información sobre cómo conseguir una excepción.

- Si se usan metales preciosos, se le cobrará al miembro según el costo del dentista. Para los planes dentales HMO, el uso de porcelana en molares está sujeto a un cargo adicional de \$75.
- Las cantidades no se acumulan para el máximo de beneficios por año calendario.
- La cantidad máxima es por persona y se aplica a todo el tiempo que dure la membresía. El deducible es de \$50 por persona o \$150 por familia.

El valor de esta cobertura salta a la vista

Por tan solo \$7.90 por mes, puede obtener una valiosa cobertura de la vista. Además, como tenemos la red más amplia de proveedores de atención de la vista de California, que incluye oculistas con consultorios privados y tiendas al por menor (como Costco, LensCrafters, Target y Walmart), le resultará fácil encontrar el oculista indicado para usted. Visite blueshieldca.com/fad para buscar oculistas en su área.

Nuestros planes de la vista también le dejan pedir lentes de contacto por Internet y le ofrecen un importante descuento en la cirugía LASIK en LasikPlus®, los centros TLC LaserEye Centers y The LASIK Vision Institute.

Ofrecemos tres planes de la vista entre los que puede elegir:

- Ultimate Vision 15/25/150* es un plan de la vista completo que ofrece una asignación de \$150 para armazones y varias opciones de lentes.
- Si desea ahorrar sin sacrificar beneficios esenciales, es posible que el plan Ultimate Vision 15/25/120* sea una buena opción para usted.
- Specialty Duo* ofrece la comodidad de tener cobertura dental y de la vista en un solo paquete.

Compare los beneficios y las tarifas de los planes

		Ultimate Vision 15/25/120	Ultimate Vision 15/25/150	Paquete dental + de la vista Specialty Duo
Tarifas para adultos desde:		\$7.90	\$14.70	\$57.20
Beneficio		Copagos con los proveedores participantes:¹		
Examen de la vista		\$15 (cada 12 meses)	\$15 (cada 12 meses)	\$0 de copago (cada 12 meses)
Materiales (lentes monofocales estándar, bifocales con línea divisoria, o trifocales con línea divisoria y revestimiento contra rayaduras)		\$25 (cada 12 meses)	\$25 (cada 12 meses)	\$25 de copago (cada 24 meses)
		Asignaciones con los proveedores participantes:¹		
Asignación para armazones		\$25 más todos los cargos por encima de \$120 (cada 12 meses)	\$25 más todos los cargos por encima de \$150 (cada 12 meses)	\$25 más todos los cargos por encima de \$100 (cada 24 meses)
Tratamientos y opciones de lentes	Lentes de policarbonato (solo para hijos dependientes)	\$25 más todos los cargos por encima de \$100		
	Lentes fotocromáticos	\$25 más todos los cargos por encima de \$200		
	Lentes progresivos	\$25 más todos los cargos por encima de \$140		
	Revestimiento antirreflectante	\$25 más todos los cargos por encima de \$50		
Lentes de contacto²	Optativos (estéticos o por comodidad)	\$25 más todos los cargos por encima de \$120 (cada 12 meses)	\$25 más todos los cargos por encima de \$120 (cada 12 meses)	\$25 más todos los cargos por encima de \$120 (cada 24 meses)

 = Todos los beneficios están disponibles antes de alcanzar cualquier deducible.

Este cuadro brinda información general sobre los beneficios. Para obtener más información sobre los beneficios, los costos de los servicios y las exclusiones y limitaciones, vea los folletos *Resumen de Beneficios e Información legal importante*. Para recibir estos documentos, llámenos al (888) 256-3650.

* Asegurados por Blue Shield of California Life & Health Insurance Company.

¹ Los proveedores de la red aceptan los cargos permitidos de Blue Shield como pago total por los servicios cubiertos.

² Se pueden elegir lentes de contacto en lugar de anteojos.

Proteja a su familia con un seguro de vida y AD&D

Las cargas financieras después de la pérdida de un ser querido pueden ser abrumadoras, pero tener un seguro de vida y por muerte y desmembramiento accidentales (AD&D, por sus siglas en inglés) puede ayudar. Los planes de seguro de vida temporal individual y AD&D de Blue Shield of California Life & Health Insurance Company ofrecen protección financiera fundamental que se puede usar para ayudar a cubrir gastos de vida, educación universitaria y pagos de hipotecas, entre otros.¹

El seguro AD&D brinda una protección adicional. En el caso de muerte accidental, la cantidad de su beneficio por muerte accidental será la misma que la de su cobertura de seguro de vida. Si tiene una lesión

accidental, el beneficio por desmembramiento será igual a una parte de la cantidad del beneficio.

Ofrecemos seguridad y protección financiera de \$10,000, \$15,000, \$25,000, \$50,000, \$75,000 o \$100,000 mediante un seguro de vida temporal y AD&D con tarifas mensuales bajas según su edad, sexo y el uso de nicotina.²

La cobertura de seguro de vida se puede comprar sin el seguro AD&D, pero el seguro AD&D solo se puede comprar junto con la cobertura de seguro de vida. La cobertura está disponible para todas las personas de 1 a 64 años*, por separado o junto con un plan de salud de Blue Shield. Para inscribirse, simplemente complete y envíe el formulario de inscripción de la cobertura de seguro de vida temporal individual y AD&D.

* Todos los planes terminan a los 65 años.

1 Si el asegurado muere como consecuencia de un suicidio en los primeros dos años de la póliza, no se pagará el beneficio del seguro de vida; sin embargo, sí se devolverán las primas. Consulte la póliza para ver una descripción completa de esta limitación.

2 Los menores de 20 años son elegibles únicamente para las cantidades de cobertura de \$10,000, \$15,000 y \$25,000.

Tarifas mensuales del seguro de vida temporal individual y AD&D

Para calcular la prima mensual, busque su edad, sexo y uso de nicotina, y multiplique la tarifa por la cantidad del beneficio del seguro de vida. Si también desea tener un seguro AD&D, multiplique la tarifa del seguro AD&D por la cantidad del beneficio de AD&D que corresponda.

Por ejemplo, si una mujer de 45 años que no usa nicotina desea comprar una cobertura de seguro de vida de \$50,000, pagará \$12.40 (\$0.248 x 50) por mes. Y si decide agregar \$50,000 de beneficios por AD&D, pagará \$5 más (\$0.10 x 50) por mes; es decir, pagará un total de \$17.40 (\$12.40 + \$5) por mes.

Tarifas del seguro de vida cada \$1,000 de cobertura

Edad	Hombre		Mujer	
	No usa nicotina	Usa nicotina	No usa nicotina	Usa nicotina
1-19	\$0.122	\$0.244	\$0.071	\$0.143
20-24	\$0.125	\$0.250	\$0.074	\$0.148
25-29	\$0.132	\$0.263	\$0.080	\$0.159
30-34	\$0.150	\$0.300	\$0.095	\$0.191
35-39	\$0.180	\$0.361	\$0.122	\$0.244
40-44	\$0.231	\$0.463	\$0.169	\$0.337
45-49	\$0.329	\$0.658	\$0.248	\$0.495
50-54	\$0.487	\$0.974	\$0.375	\$0.749
55-59	\$0.732	\$1.464	\$0.566	\$1.131
60-64	\$1.193	\$2.386	\$0.865	\$1.730

Tarifas del seguro AD&D cada \$1,000 de cobertura

0-64	\$0.10	\$0.10	\$0.10	\$0.10
------	--------	--------	--------	--------

En cada factura, se cobrará una tarifa administrativa de \$1 por mes.

Tarifas mensuales de los planes dentales y de la vista

Planes dentales PPO disponibles directamente a través de Blue Shield

		Tarifa por miembro	
		De 0 a 25 años (tarifa por hijo para los primeros 3 dependientes; sin costo para el 4.º dependiente en adelante)*	De 26 años en adelante
Todas las regiones	Dental PPO	\$43.50	\$51.40
	Dental PPO 1500	\$50.10	\$59.30
	Enhanced Dental PPO 50/2000	\$58.60	\$75.50
	Enhanced Dental PPO 50/2000 Lifetime Ortho 1500	\$63.60	\$82.00

Planes dentales HMO disponibles directamente a través de Blue Shield

		Tarifa por miembro	
		De 0 a 25 años (tarifa por hijo para los primeros 3 dependientes; sin costo para el 4.º dependiente en adelante)*	De 26 años en adelante
Regiones 2 y 12†	Dental Standard HMO	\$16.90	\$20.90
	Dental HMO	\$32.40	\$35.30
Regiones 3-11 y 13-19	Dental Standard HMO	\$13.20	\$16.40
	Dental HMO	\$25.00	\$27.40

Planes dentales de Blue Shield disponibles a través de Covered California

		Tarifa por miembro	
		De 0 a 18 años (tarifa por hijo para los primeros 3 dependientes; sin costo para el 4.º dependiente en adelante)#	De 19 años en adelante
Región‡	Family Dental HMO		
15-19		\$14.60	\$14.00
3-7, 9		\$15.90	\$15.30
8, 10-11, 13-14		\$17.10	\$16.50
12		\$23.40	\$22.50
2		\$27.40	\$26.30

		Tarifa por miembro	
		De 0 a 18 años (tarifa por hijo para los primeros 3 dependientes; sin costo para el 4.º dependiente en adelante)#	De 19 años en adelante
Regiones	Family Dental PPO		
1, 13-14		\$30.10	\$45.70
16		\$31.60	\$48.00
10-11, 17		\$31.70	\$48.20
15		\$32.60	\$49.60
9		\$33.10	\$50.30
3, 12, 18-19		\$33.50	\$51.00
4		\$34.60	\$52.60
2, 5-6, 8		\$34.80	\$53.00
7		\$36.40	\$55.40

* Solo los hijos dependientes de entre 0 y 25 años cuentan para el tope tarifario que se alcanza al inscribir a tres hijos. Si inscribe en la póliza a más de un hijo dependiente sin inscribir a su padre/madre o tutor legal junto con él, cada hijo tendrá una póliza separada, y se aplicará la tarifa correspondiente a la edad por cada uno.

† Visite [blueshieldca.com/regiones](https://www.blueshieldca.com/regiones) para saber cuál es su región. Los planes Dental HMO y Dental Standard HMO no están disponibles en los condados de Alpine, Amador, Butte, Calaveras, Colusa, Del Norte, Glenn, Humboldt, Lake, Lassen, Mendocino, Modoc, Nevada, Plumas, Shasta, Sierra, Siskiyou, Sutter, Tehama, Trinity, Tuolumne y Yuba, ni en algunos códigos postales de los condados de Marin, Napa, San Luis Obispo y Santa Bárbara.

‡ Visite [blueshieldca.com/regiones](https://www.blueshieldca.com/regiones) para saber cuál es su región.

A un dependiente de 18 años se le aplicará la tarifa correspondiente a las personas de 0 a 18 años hasta el final del año en el que cumpla 19. Sin embargo, ese dependiente seguirá contando para el tope tarifario que se alcanza al inscribir a tres dependientes hasta que cumpla 21 años.

Tarifas mensuales del paquete dental + de la vista Specialty Duo

		Tarifa por miembro	
		De 0 a 25 años (tarifa por hijo para los primeros 3 hijos; sin costo para el 4.º hijo en adelante)*	De 26 años en adelante
Todas las regiones	Paquete dental + de la vista Specialty Duo	\$48.50	\$57.20

* Solo los hijos dependientes de entre 0 y 25 años cuentan para el tope tarifario que se alcanza al inscribir a tres hijos. Si inscribe en el plan a más de un hijo dependiente sin inscribir a su padre/madre o tutor legal junto con él, el tope tarifario no se aplica. Cada hijo tendrá una póliza separada, y se aplicará la tarifa correspondiente a las personas de 0 a 25 años por cada uno.

Tarifas mensuales de los planes de la vista

		Tarifa por miembro	
		De 0 a 25 años (tarifa por hijo para los primeros 3 hijos; sin costo para el 4.º hijo en adelante)*	De 26 años en adelante
Todas las regiones	Ultimate Vision 15/25/120	\$7.90	\$7.90
	Ultimate Vision 15/25/150	\$14.70	\$14.70

* Solo los hijos dependientes de entre 0 y 25 años cuentan para el tope tarifario que se alcanza al inscribir a tres hijos. Si inscribe en el plan a más de un hijo dependiente sin inscribir a su padre/madre o tutor legal junto con él, el tope tarifario no se aplica. Cada hijo tendrá una póliza separada, y se aplicará la tarifa correspondiente a las personas de 0 a 25 años por cada uno.

Definiciones



Beneficios (servicios cubiertos): Los servicios y suministros dentales y de la vista necesarios que están cubiertos por los planes dentales y de la vista.



Cargos permitidos: La cantidad en dólares que Blue Shield usa para determinar el pago por los servicios cubiertos.



Copago: La cantidad fija en dólares que el miembro paga por los beneficios después de alcanzar cualquier deducible que corresponda por año calendario.



Deducible por año calendario: La cantidad que el miembro paga por año calendario por la mayoría de los servicios cubiertos antes de que Blue Shield empiece a pagar. Algunos servicios cubiertos, como la atención preventiva, están cubiertos antes de que el miembro alcance el deducible por año calendario.



Máximo de beneficios por año calendario: La cantidad máxima que Blue Shield pagará en beneficios por año calendario, por miembro. Una vez que se haya alcanzado el máximo de beneficios por año calendario, el miembro deberá pagar el 100 % de los costos contratados por los servicios.



Proveedores participantes o de la red: Los proveedores (incluyen dentistas generales, dentistas especializados, optometristas y oftalmólogos) que han aceptado, mediante un contrato con Blue Shield, brindar servicios cubiertos a los miembros de un plan dental o de la vista. Los proveedores participantes o de la red son los que han acordado aceptar la tarifa contratada de Blue Shield como pago total por los servicios cubiertos.

¿Tiene preguntas, necesita una cotización o desea inscribirse?



Puede comprar la mayoría de los planes dentales y de la vista por separado o junto con un plan médico en buyblueshieldca.com. Los planes Family Dental de Blue Shield deben comprarse a través de Covered California en coveredca.com/espanol. Para poder comprar un plan Family Dental de Blue Shield a través de Covered California, debe haber comprado también un plan médico a través de Covered California (su plan médico puede ser de Blue Shield o de cualquier otra compañía). Si ya compró un plan médico a través de Covered California y desea agregar cobertura dental, puede agregar un plan Family Dental de Blue Shield durante la inscripción abierta (del 1 de noviembre de 2025 al 31 de enero de 2026).

Si desea obtener un seguro de vida temporal individual, hable con su corredor de seguros o inscríbese por Internet en blueshieldca.com/LifeApplication.

¿Está buscando un plan médico? Tenemos varios planes PPO y HMO entre los que puede elegir. Pídale más información a su corredor de seguros.



* Asegurados por Blue Shield of California Life & Health Insurance Company.

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association

A12179-DVL-OL-SP_0126