

Summary of Dental Benefits and Coverage Disclosure Matrix (SDBC)

Part I: GENERAL INFORMATION

Insurer Name: Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company

Plan Name: Essential Choice PPO

Policy Type: PPO

Insurer Phone #: 1-844-729-1565

Effective Date: Beginning on or after 10/01/2024

Insurer Website: www.anthem.com/ca

THIS MATRIX IS INTENDED TO BE USED TO HELP YOU COMPARE COVERAGE BENEFITS AND WHAT YOU WILL PAY FOR COVERED SERVICES. THIS IS A SUMMARY ONLY AND DOES NOT INCLUDE THE PREMIUM COSTS OF THIS DENTAL BENEFITS PACKAGE. PLEASE CONSULT YOUR EVIDENCE OF COVERAGE AND DENTAL CONTRACT FOR A DETAILED DESCRIPTION OF COVERAGE BENEFITS AND LIMITATIONS. FOR MORE INFORMATION ABOUT YOUR COVERAGE, VISIT THE INSURER WEBSITE AT www.anthem.com/ca OR CALL 1-844-729-1565.

THIS MATRIX IS NOT A GUARANTEE OF EXPENSES OR PAYMENT.

Part II: DEDUCTIBLES

Deductible	In-Network	Out-of-Network
Dental	\$50 per individual/\$150 per family	\$50 per individual/\$150 per family

- **The deductible applies to all services except Orthodontia, Preventive & Diagnostic**
- A **deductible** is the amount you are required to pay for covered dental services each policy year before the insurer begins to pay for the cost of covered dental treatment.
- **In-network services** are dental care services provided by dentists or other licensed dental care providers that contract with your insurer for alternative rates of payment for dental services.
- **Out-of-network services** are dental care services provided by dentists or other licensed dental care providers that have not contracted with your insurer for alternative rates of payment.

Part III: MAXIMUMS POLICY WILL PAY

Maximums	In-Network	Out-of-Network
Annual Maximum	\$2,500	Yes, the cost-sharing will be higher. Contact your Plan.
Lifetime Maximum for Orthodontia	\$2,500	\$2,500

- **Annual maximum** is the maximum dollar amount your policy will pay toward the cost of dental care within a specific period of time, usually a consecutive 12-month or calendar year period.
- **Lifetime maximum** means the maximum dollar amount your policy providing dental benefits will pay for the life of the enrollee. Lifetime maximums usually apply to specific services, such as orthodontic treatment.

Part IV: WAITING PERIODS

Waiting Periods: A waiting period is the amount of time that must pass before you are eligible to receive benefits for all or certain dental treatments.

24 month waiting period for replacement of teeth missing prior to member's effective date

Part V: WHAT YOU WILL PAY

All copayments and coinsurance costs shown in this chart apply after your deductible has been met, if a deductible applies. The Common Dental Procedures fit into one of the following applicable categories: Preventive & Diagnostic, Basic or Major. The Benefit Limitations and Exclusions column includes common limitations and exclusions only. For a full list, see the full disclosure document referenced in the Benefit Limitations and Exclusions column.

Common Dental Procedures	Category	In-Network	Out-of-Network	Benefit Limitations and Exclusions
<i>Oral Exam</i>	Preventive & Diagnostic	0% Deductible does not apply	0% Deductible does not apply	1 per 5 months For Limitations and Exclusions, refer to the Covered Services; Preventive Care section of your Certificate of Coverage.
<i>Bitewing X-Ray</i>	Preventive & Diagnostic	0% Deductible does not apply	0% Deductible does not apply	1 per 12 months For Limitations and Exclusions, refer to the Covered Services; Preventive Care Section of your Certificate of Coverage

Common Dental Procedures	Category	In-Network	Out-of-Network	Benefit Limitations and Exclusions
<i>Cleaning</i>	Preventive & Diagnostic	0% Deductible does not apply	0% Deductible does not apply	1 per 5 months For Limitations and Exclusions, refer to the Covered Services; Preventive Care Section of your Certificate of Coverage
<i>Filling</i>	Basic	20%	20%	1 per 24 months per tooth/surface For Limitations and Exclusions, refer to the Covered Services; Basic Restorative Services section of your Certificate of Coverage.
<i>Simple Extraction</i>	Basic	20%	20%	1 per lifetime per tooth For Limitations and Exclusions, refer to the Covered Services; Basic Restorative Services section of your Certificate of Coverage.
<i>Root Canal</i>	Basic	20%	20%	1 per lifetime per tooth For Limitations and Exclusions, refer to the Covered Services; Endodontic Services section of your Certificate of Coverage.
<i>Scaling and Root Planing</i>	Basic	20%	20%	1 per 24 months per quadrant For Limitations and Exclusions, refer to the Covered Services; Periodontal Services section of your Certificate of Coverage.
<i>Ceramic Crown</i>	Major	50%	50%	1 per 60 months per tooth For Limitations and Exclusions, refer to the Covered Services; Major Restorative Services section of your Certificate of Coverage.
<i>Removable Partial Denture</i>	Major	50%	50%	24 month waiting period for replacement of teeth missing prior to member's effective date 1 per 60 months For Limitations and Exclusions, refer to the Covered Services; Prosthodontic Services section of your Certificate of Coverage.
<i>Orthodontia</i>	Orthodontia	50% Deductible does not apply	50% Deductible does not apply	Adult and Dependent Children Coverage For Limitations and Exclusions, refer to the Covered

Common Dental Procedures	Category	In-Network	Out-of-Network	Benefit Limitations and Exclusions
				Services; Orthodontia section of your Certificate of Coverage.

Part VI: COVERAGE EXAMPLES

THESE EXAMPLES DO NOT REPRESENT A COST ESTIMATOR OR GUARANTEE OF PAYMENT. The examples provided represent commonly used services in the categories of Diagnostic and Preventive, Basic and Major Services for illustrative purposes and to compare this policy to other dental policies you may be considering. Your actual costs will likely be different from those shown in the chart below depending on the actual care you receive, the prices your providers charge and many other factors. Focus on the cost sharing amounts (deductibles, copayments and coinsurance) and the summary of excluded services under the plan.

Dana Has a Dental Appointment with a New Dentist		Sam Needs a Tooth Filled		Maria Needs a Crown	
New patient exam, x-rays (FMX) and cleaning		Resin-based composite - one surface, posterior		Crown - porcelain/ceramic substrate	

Dana's Visit	Dana's Cost	Sam's Visit	Sam's Cost	Maria's Visit	Maria's Cost
Total Cost of Care	In-network: \$250 Out-of-network: \$450	Total Cost of Care	In-network: \$150 Out-of-network: \$250	Total Cost of Care	In-network: \$950 Out-of-network: \$1,400
Deductible	In-network: Not applicable Out-of-network: Not applicable	Deductible	In-network: \$50 Out-of-network: \$50	Deductible	In-network: \$50 Out-of-network: \$50
Annual Maximum (Plan Will Pay)	In-network: \$2,500 Out-of-network: Yes, the cost-sharing will be higher. Contact your Plan.	Annual Maximum (Plan Will Pay)	In-network: \$2,500 Out-of-network: Yes, the cost-sharing will be higher. Contact your Plan.	Annual Maximum (Plan Will Pay)	In-network: \$2,500 Out-of-network: Yes, the cost-sharing will be higher. Contact your Plan.

Dana's Visit	Dana's Cost	Sam's Visit	Sam's Cost	Maria's Visit	Maria's Cost
Patient Cost (copayment or coinsurance)	In-network: 0% Out-of-network: 0%	Patient Cost (copayment or coinsurance)	In-network: 20% Out-of-network: 20%	Patient Cost (copayment or coinsurance)	In-network: 50% Out-of-network: 50%
In this example, Dana would pay (includes copays/coinsurance and deductible, if applicable):	In-network: \$0 Out-of-network: \$0	In this example, Sam would pay (includes copays/coinsurance and deductible, if applicable):	In-network: \$70 Out-of-network: \$90	In this example, Maria would pay (includes copays/coinsurance and deductible, if applicable):	In-network: \$500 Out-of-network: \$725
Summary of what is not covered or subject to a limitation:	Exam covered 1 per 5 months X-ray covered 1 per 60 months Cleaning covered 1 per 5 months	Summary of what is not covered or subject to a limitation:	Covered 1 per 24 months per tooth/surface	Summary of what is not covered or subject to a limitation:	Covered 1 per 60 months per tooth

Resumen de beneficios dentales y tabla de divulgación de cobertura (SDBC)

Parte I: INFORMACIÓN GENERAL

Nombre de la aseguradora: Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company

Tipo de póliza: PPO

Fecha de entrada en vigencia: A partir del 10/01/2023

Nombre del plan: Essential Choice PPO

N.º de teléfono de la aseguradora: 1-844-729-1565

Sitio web de la aseguradora: www.anthem.com/ca

EL OBJETIVO DE ESTA TABLA ES AYUDARLO A COMPARAR LOS BENEFICIOS DE COBERTURA Y LO QUE USTED PAGARÁ POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS. ESTE ES SOLO UN RESUMEN Y NO INCLUYE LOS COSTOS DE LAS PRIMAS DE ESTE PAQUETE DE BENEFICIOS DENTALES. CONSULTE SU EVIDENCIA DE COBERTURA Y CONTRATO DENTAL PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LAS LIMITACIONES DE LA COBERTURA. PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE SU COBERTURA, VISITE EL SITIO WEB DE LA ASEGURADORA EN www.anthem.com/ca O LLAME AL 1-844-729-1565.

ESTA TABLA NO ES UNA GARANTÍA DE GASTOS O PAGOS.

Parte II: DEDUCIBLES

Deducible	Dentro de la red	Fuera de la red
Atención dental	\$50 por persona/\$150 por familia	\$50 por persona/\$150 por familia

- **El deducible se aplica a todos los servicios, salvo Ortodoncia, Preventivo y diagnóstico**
- Un **deducible** es el monto que usted debe pagar por los servicios dentales cubiertos cada año de póliza antes de que la aseguradora comience a pagar el costo del tratamiento dental cubierto.
- Los **servicios dentro de la red** son servicios de atención dental brindados por dentistas u otros proveedores de atención dental certificados que tienen contrato con su aseguradora para tarifas de pago alternativas para servicios dentales.
- Los **servicios fuera de la red** son servicios de atención dental brindados por dentistas u otros proveedores de atención dental certificados que no tienen contrato con su aseguradora para tarifas de pago alternativas.

Parte III: LA PÓLIZA DE MONTOS MÁXIMOS PAGARÁ

Máximos	Dentro de la red	Fuera de la red
Máximo anual	\$2,500	Sí, los costos compartidos serán mayores. Contáctese con su Plan.
Monto máximo de por vida para ortodoncia	\$2,500	\$2,500

- **Monto máximo anual** es el monto máximo en dólares que su póliza pagará por el costo de la atención dental dentro de un periodo específico, generalmente un periodo consecutivo de 12 meses o año calendario.
- **Monto máximo de por vida** se refiere al monto máximo en dólares que su póliza que proporciona beneficios dentales pagará durante la vida del inscrito. Los montos máximos de por vida generalmente se aplican a servicios específicos, como el tratamiento de ortodoncia.

Parte IV: PERIODOS DE ESPERA

Periodos de espera: Un periodo de espera es la cantidad de tiempo que debe pasar antes de que usted sea elegible para recibir beneficios para todos o ciertos tratamientos dentales.

Período de espera de 24 meses para el reemplazo de dientes faltantes antes de la fecha de entrada en vigencia del miembro

Parte V: LO QUE USTED PAGARÁ

Todos los costos de copagos y coseguros que se muestran en este cuadro se aplican después de que se haya alcanzado el deducible, si se aplica un deducible. Los procedimientos dentales comunes se ajustan a una de las siguientes categorías aplicables: Servicios preventivos y de diagnóstico, básicos o complejos. La columna “Limitaciones y exclusiones de beneficios” incluye limitaciones y exclusiones comunes únicamente. Para obtener una lista completa, consulte el documento de divulgación completo al que se hace referencia en la columna “Limitaciones y exclusiones de beneficios”.

Procedimientos dentales comunes	Categoría	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones y exclusiones de beneficios
<i>Examen bucal</i>	Preventivo y diagnóstico	0% No se aplica deducible	0% No se aplica deducible	1 por 5 meses Para conocer las limitaciones y exclusiones consulte los Servicios cubiertos, la sección de Atención preventiva de su Certificado de cobertura.

Procedimientos dentales comunes	Categoría	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones y exclusiones de beneficios
<i>Radiografía de aleta de mordida</i>	Preventivo y diagnóstico	0% No se aplica deducible	0% No se aplica deducible	1 por 12 meses Para conocer las limitaciones y exclusiones consulte los Servicios cubiertos, la sección de Atención preventiva de su Certificado de cobertura
<i>Limpieza</i>	Preventivo y diagnóstico	0% No se aplica deducible	0% No se aplica deducible	1 por 5 meses Para conocer las limitaciones y exclusiones consulte los Servicios cubiertos, la sección de Atención preventiva de su Certificado de cobertura
<i>Empaste</i>	Básico	20%	20%	1 por 24 meses por diente/superficie Para conocer las limitaciones y exclusiones consulte los Servicios cubiertos, la sección de Servicios básicos de restauración de su Certificado de cobertura.
<i>Extracción simple</i>	Básico	20%	20%	1 por diente de por vida Para conocer las limitaciones y exclusiones consulte los Servicios cubiertos, la sección de Servicios básicos de restauración de su Certificado de cobertura.
<i>Tratamiento de conducto</i>	Básico	20%	20%	1 por diente de por vida Para conocer las limitaciones y exclusiones consulte los Servicios cubiertos, la sección de Servicios de endodoncia de su Certificado de cobertura.
<i>Raspado y alisado radicular</i>	Básico	20%	20%	1 por 24 meses por cuadrante Para conocer las limitaciones y exclusiones consulte los Servicios cubiertos, la sección de Servicios periodontales de su Certificado de cobertura.
<i>Corona de cerámica</i>	Complejo	50%	50%	1 por 60 meses por diente Para conocer las limitaciones y exclusiones consulte los Servicios cubiertos, la sección de Servicios de restauración complejos de su Certificado de cobertura.
<i>Dentadura postiza parcial extraíble</i>	Complejo	50%	50%	Período de espera de 24 meses para el reemplazo de dientes faltantes antes de la fecha de entrada en

Procedimientos dentales comunes	Categoría	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones y exclusiones de beneficios
				vigencia del miembro 1 por 60 meses Para conocer las limitaciones y exclusiones consulte los Servicios cubiertos, la sección de Servicios de prostodoncia de su Certificado de cobertura.
<i>Ortodoncia</i>	Ortodoncia	50% No se aplica deducible	50% No se aplica deducible	Cobertura para adultos e hijos dependientes Para conocer las limitaciones y exclusiones, consulte los Servicios cubiertos, en la sección de Ortodoncia de su Certificado de cobertura.

Parte VI: EJEMPLOS DE COBERTURA

ESTOS EJEMPLOS NO REPRESENTAN UN ESTIMADOR DE COSTOS NI UNA GARANTÍA DE PAGO. Los ejemplos brindados representan servicios comúnmente usados en las categorías de Servicios preventivos y de diagnóstico, servicios básicos y complejos, con fines ilustrativos y para comparar esta póliza con otras pólizas dentales que pueda estar considerando. Es probable que sus costos reales sean diferentes de los que se muestran en el siguiente cuadro, según la atención real que reciba, los precios que cobran sus proveedores y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de costos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y en el resumen de servicios excluidos en virtud del plan.

Dana tiene una cita dental con un dentista nuevo	Sam necesita el empaste de un diente	Maria necesita una corona
Examen de paciente nuevo, radiografías (FMX) y limpieza	Compuesto a base de resina - una superficie, posterior	Corona - sustrato de porcelana/cerámica

Visita de Dana	Costo de Dana	Visita de Sam	Costo de Sam	Visita de Maria	Costo de Maria
Costo total de la atención	Dentro de la red: \$250 Fuera de la red: \$450	Costo total de la atención	Dentro de la red: \$150 Fuera de la red: \$250	Costo total de la atención	Dentro de la red: \$950 Fuera de la red: \$1,400
Deducible	Dentro de la red: No corresponde Fuera de la red: No corresponde	Deducible	Dentro de la red: \$50 Fuera de la red: \$50	Deducible	Dentro de la red: \$50 Fuera de la red: \$50

Visita de Dana	Costo de Dana	Visita de Sam	Costo de Sam	Visita de Maria	Costo de Maria
Monto máximo anual (el plan pagará)	Dentro de la red: \$2,500 Fuera de la red: Sí, los costos compartidos serán mayores. Contáctese con su Plan.	Monto máximo anual (el plan pagará)	Dentro de la red: \$2,500 Fuera de la red: Sí, los costos compartidos serán mayores. Contáctese con su Plan.	Monto máximo anual (el plan pagará)	Dentro de la red: \$2,500 Fuera de la red: Sí, los costos compartidos serán mayores. Contáctese con su Plan.
Costo del paciente (copago o coseguro)	Dentro de la red: 0% Fuera de la red: 0%	Costo del paciente (copago o coseguro)	Dentro de la red: 20% Fuera de la red: 20%	Costo del paciente (copago o coseguro)	Dentro de la red: 50% Fuera de la red: 50%
En este ejemplo, Dana pagaría (incluye copagos/coseguro y deducible, si corresponde):	Dentro de la red: \$0 Fuera de la red: \$0	En este ejemplo, Sam pagaría (incluye copagos/coseguro y deducible, si corresponde):	Dentro de la red: \$70 Fuera de la red: \$90	En este ejemplo, Maria pagaría (incluye copagos/coseguro y deducible, si corresponde):	Dentro de la red: \$500 Fuera de la red: \$725
Resumen de lo que no está cubierto o sujeto a una limitación:	Examen cubierto 1 por 5 meses Radiografía cubierta 1 por 60 meses Limpieza cubierta 1 por 5 meses	Resumen de lo que no está cubierto o sujeto a una limitación:	Cubierto 1 por 24 meses por diente/superficie	Resumen de lo que no está cubierto o sujeto a una limitación:	Cubierto 1 por 60 meses por diente