

Resumen de beneficios de Cigna Dental

Blue Bottle Coffee, LLC – Base DPPO

Fecha de entrada en vigor del plan: 1 de enero de 2026



Administrado por: Cigna Health and Life Insurance Company

Este material tiene fines informativos únicamente y está diseñado para destacar algunos de los beneficios disponibles en virtud de este plan. Consulte los documentos del plan para determinar los términos específicos de la cobertura en relación con su plan. Los términos incluyen procedimientos cubiertos, períodos de espera aplicables, exclusiones y limitaciones. Su plan DPPO le permite atenderse con cualquier dentista con licencia, pero si se atiende con un dentista de la red, es posible que tenga menos gastos de desembolso.

DPPO				
Opciones de la red	Dentro de la red: Red Total		Fuera de la red: Consulte “Reembolso fuera de la red”	
Niveles de reembolso	Basados en Tarifas contratadas		Cargo máximo reembolsable	
Máximo de beneficios por año calendario Se aplica a: Gastos de las Clases I, II, III y IX	\$1,500		\$1,500	
Deducible por año calendario Individual Grupo familiar	\$50 \$150		\$50 \$150	
Detalles de los beneficios	El plan paga	Usted paga	El plan paga	Usted paga
Clase I: Servicios de diagnóstico y preventivos Evaluaciones bucales Profilaxis: limpiezas de rutina Radiografías: de rutina Radiografías: fuera de rutina Aplicación de flúor Selladores: por pieza dental Conservadores de espacio: no ortodóncicos Atención de emergencia para aliviar el dolor (Nota: Este servicio se administra en el nivel de coseguro aplicado dentro de la red).	100% Sin deducible	Sin cargo	100% Sin deducible	Sin cargo
Clase II: Servicios de restauración básicos Servicios de restauración: empastes Endodoncia: de menor y mayor envergadura Periodoncia: menor y mayor Cirugía bucal: de menor y mayor envergadura Anestesia: general y sedación intravenosa Reparaciones: puentes, coronas e incrustaciones inlay Reparaciones: dentaduras postizas Recapados, rebasados y ajustes de dentaduras postizas	80% Después del deducible	20% Después del deducible	80% Después del deducible	20% Después del deducible
Clase III: Servicios de restauración de mayor envergadura Incrustaciones inlay y restauraciones onlay Prótesis sobre implante Coronas: prefabricadas de acero inoxidable/resina Coronas: fundidas y de porcelana permanentes Puentes y dentaduras postizas	50% Después del deducible	50% Después del deducible	50% Después del deducible	50% Después del deducible
Clase IX: Implantes	50% Después del deducible	50% Después del deducible	50% Después del deducible	50% Después del deducible
Disposiciones sobre el plan de beneficios:				
Reembolso dentro de la red	Para los servicios brindados por un dentista de la red de Cigna Dental PPO, Cigna Dental reembolsará al dentista de acuerdo con una Tabla de tarifas o una Tabla de descuentos.			
Reembolso fuera de la red	Para los servicios brindados por un dentista fuera de la red, Cigna Dental reembolsará de acuerdo con el Cargo máximo reembolsable. El Cargo máximo reembolsable (MRC, por sus siglas en inglés) se calcula al percentil 90 de todas las cantidades permitidas por los proveedores del área geográfica. El dentista puede facturar el saldo hasta sus honorarios habituales.			
Acumulación recíproca	Todos los deducibles, las cantidades máximas del plan y las cantidades máximas por servicios específicos dentro y fuera de la red se acumulan entre sí. Las limitaciones de frecuencia de los beneficios se basan en la fecha del servicio y se acumulan entre sí, dentro y fuera de la red.			
Máximo de beneficios por año calendario	El plan solo pagará los cargos cubiertos hasta el Máximo de beneficios anual, cuando corresponda. También es posible que se apliquen Máximos específicos según el beneficio.			

<i>Deducible por año calendario</i>	Es la cantidad que usted debe pagar antes de que su plan comience a pagar los cargos cubiertos, cuando corresponda. También es posible que se apliquen deducibles específicos según el beneficio.
<i>Disposición sobre la limitación para aquellos que se inscriben fuera de plazo</i>	El pago se reducirá un 50% para los servicios de las Clases III y IX durante 12 meses para los miembros que cumplan con los requisitos y que tengan permitido inscribirse en este plan fuera del período de inscripción abierta designado. Esta disposición no se aplica a los empleados nuevos.
<i>Revisión previa al tratamiento</i>	La revisión previa al tratamiento está disponible en forma voluntaria cuando se propone un tratamiento dental que excede los \$200.
<i>Disposición sobre beneficios alternativos</i>	Cuando más de un Servicio dental cubierto pueda brindar tratamiento adecuado de acuerdo con los estándares dentales comunes, Cigna determinará el Servicio dental cubierto en el que se basará el pago y los gastos que se incluirán como Gastos cubiertos.
<i>Oral Health Integration Program®</i>	El programa Oral Health Integration Program de Cigna Dental ofrece una mayor cobertura dental a los clientes que tienen determinadas condiciones médicas. La participación en el programa no tiene cargo adicional. Quienes reúnan los requisitos pueden recibir un reembolso de su coseguro por los servicios dentales elegibles. Los clientes que cumplan con los requisitos también pueden recibir asesoramiento sobre comportamientos vinculados con la salud bucal. Los reembolsos de este programa no están sujetos al deducible anual, pero se aplicarán al máximo anual del plan. Para obtener más información sobre cómo inscribirse en este programa, ver una lista completa de los términos y ver las condiciones que permiten participar en el programa, visite www.mycigna.com o llame a Servicio al Cliente, las 24 horas, los 7 días de la semana, al 1-800-Cigna24.
<i>Presentación oportuna de reclamos</i>	Los reclamos fuera de la red que se envíen a Cigna después de que hayan pasado 365 días desde la fecha del servicio se denegarán.
<i>Limitaciones de beneficios:</i>	
Evaluaciones/exámenes bucales	2 por año calendario.
Radiografías (de rutina)	Aleta de mordida: 2 por año calendario.
Radiografías (fuera de rutina)	Serie completa de imágenes radiográficas e imágenes radiográficas panorámicas: límite total combinado de 1 cada 36 meses.
Limpiezas	2 por año calendario, incluidos los procedimientos de mantenimiento periodontal después del tratamiento activo.
Aplicación de flúor	1 por año calendario para los niños menores de 19 años.
Selladores (por pieza dental)	Limitados a piezas dentales posteriores. 1 tratamiento por pieza dental cada 36 meses, para niños menores de 14 años.
Conservadores de espacio	Limitados al tratamiento no ortodóncico para niños menores de 19 años.
Coronas, puentes y dentaduras postizas completas y parciales	Reemplazo cada 60 meses si no puede utilizarse ni repararse. Los beneficios se basan en la cantidad pagadera para los metales no preciosos. No incluye la porcelana ni el material blanco/del color de los dientes en los puentes o las coronas de molares.
Reparaciones de dentaduras postizas y puentes	Sujetas a revisión si se requieren más de una vez.
Recapados, rebasados y ajustes de dentaduras postizas	Están cubiertos si se realizan más de 6 meses después de la colocación.
Prótesis sobre implante	Reemplazo cada 60 meses si no puede utilizarse ni repararse. Los beneficios se basan en la cantidad pagadera para los metales no preciosos. No incluye la porcelana ni el material blanco/del color de los dientes en los puentes o las coronas de molares.
<i>Exclusiones de beneficios:</i>	
Los Gastos cubiertos no incluirán los siguientes conceptos y no se pagará por ellos:	
<ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos y servicios que no estén incluidos en la lista de gastos dentales cubiertos. • De diagnóstico: imágenes de haz de cono. • Servicios preventivos: instrucción para el control del sarro, higiene bucal y dieta. • Servicios de restauración: porcelana, cerámica, resina o materiales acrílicos en coronas o pónicos en los primeros, segundos y/o terceros molares inferiores y/o superiores, o que los reemplazan. • Periodoncia: registros de mordida; ferulización. • Prótesis: suplementos de precisión o semiprecisión. • Ortodoncia: tratamiento de ortodoncia. • Procedimientos, aparatos o restauraciones, excepto para las dentaduras postizas completas, cuyo fin principal sea: cambiar la dimensión vertical; diagnosticar o tratar afecciones de disfunción de la articulación temporomandibular (ATM); estabilizar las piezas dentales con problemas periodontales o restaurar la oclusión. • Protectores bucales deportivos. • Servicios realizados principalmente por razones estéticas. • Personalización o decoración de cualquier dispositivo o tratamiento dental. • Reposición de un aparato según las pautas de los beneficios. 	

- Servicios que se consideren de naturaleza médica.
- Servicios y suministros recibidos de un hospital.
- Medicamentos: medicamentos con receta.
- Cargos que exceden el Cargo máximo reembolsable.

Este documento brinda solo un resumen. No es un contrato. En caso de discrepancia entre este resumen y los documentos oficiales del plan, los términos de los documentos oficiales del plan prevalecerán.

La disponibilidad del producto puede variar según la ubicación y el tipo de plan, y está sujeta a cambios. Todas las pólizas de seguro dental colectivo y los planes de beneficios dentales tienen exclusiones y limitaciones. Para conocer los costos y los detalles de la cobertura, revise los documentos de su plan o comuníquese con un representante de Cigna.

Puede descargar una copia del Resumen de la cobertura dental de NH en *Health Insurance & Medical Forms for Customers* (Seguro de salud y formularios médicos para clientes) | Cigna, dentro de *Dental Forms* (Formularios para cuidado dental).

Todos los productos y servicios de Cigna son brindados exclusivamente por subsidiarias operativas de Cigna Corporation, o a través de ellas, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company (CHLIC), Connecticut General Life Insurance Company y Cigna Dental Health, Inc.

© 2025 Cigna / versión 10142024