



Esta información solo ofrece un resumen de los beneficios de esta cobertura dental. Consulte el Certificado de beneficios y servicios médicos para obtener más información sobre los beneficios. Los deducibles, el coaseguro y el máximo del período de beneficios que se muestran a continuación están sujetos a cambios según lo permita la legislación aplicable.

## Resumen de beneficios dentales

### Fundamentos del programa

### Dentista contratado

### Dentista no contratado\*\*

Máximo del período de beneficios	\$2,000	
Deducible	\$25 por asegurado/\$75 por familia	\$75 por asegurado/\$225 por familia
<b>Servicios incluidos</b>		
<b>Evaluaciones diagnósticas</b> Evaluaciones bucales periódicas Evaluaciones bucales enfocadas en problemas Evaluaciones orales integrales	100% (no se aplica el deducible)	100% (no se aplica el deducible)
<b>Servicios preventivos</b> Profilaxis (limpiezas) Aplicaciones tópicas de fluoruro	100% (no se aplica el deducible)	100% (no se aplica el deducible)
<b>Radiografías de diagnóstico</b> Radiografías panorámicas y de boca completa Radiografías de aleta de mordida Radiografía periapicales	100% (no se aplica el deducible)	100% (no se aplica el deducible)
<b>Otros servicios preventivos</b> Selladores Mantenedores de espacios	100% (no se aplica el deducible)	100% (no se aplica el deducible)
<b>Servicios básicos de restauración</b> Amalgamas Restauraciones con compuesto de resina	90%	80%
<b>Extracciones no quirúrgicas</b> Extracción de restos retenidos de coronas Extracción de un diente brotado o de una raíz expuesta	90%	80%
<b>Servicios de periodoncia no quirúrgica</b> Raspados periodontales y alisados radiculares Desbridamiento de toda la boca Procedimientos de mantenimiento periodontal	90%	80%
<b>Servicios complementarios</b> Tratamiento paliativo (emergencia) Sedación profunda / anestesia general	90%	80%
<b>Servicios de endodencia</b> Pulpotomía terapéutica y desbridamiento pulpar Tratamiento de conducto Apexificación/recalcificación	90%	80%

## Servicios incluidos (continuación)

<b>Servicios de intervención bucal</b> Extracciones dentales quirúrgicas Alveoloplastia y vestibuloplastia Extirpación de un tumor o quiste odontogénico benigno Escisión de tejido óseo Incisión y drenaje de un absceso intraoral	90%	80%
<b>Servicios de periodoncia quirúrgica</b> Gingivectomía o gingivoplastia y procedimientos de colgajo gingival Alargamiento clínico de corona Cirugía ósea Injertos óseos Injertos de tejidos blandos/aloinjerto Procedimiento de cuña distal o proximal	90%	80%
<b>Servicios especiales de restauración</b> Restauraciones de una sola corona Restauraciones con incrustación/sobreincrustación Restauraciones de carillas labiales Coronas colocadas sobre implantes	60%	50%
<b>Servicios de prostodoncia</b> Dentaduras parciales completas y removibles Procedimientos de revestimiento/rebase de prótesis dentales Puentes fijos Prótesis colocadas sobre implantes	60%	50%
<b>Otros servicios de restauración y prostodoncia</b> Coronas prefabricadas Recementaciones Reparación de postes y núcleos, retención de pernos y coronas/puentes Ajustes	60%	50%
<b>Servicios de ortodoncia</b>		
<b>Servicios de ortodoncia</b> Tratamiento y procedimientos de diagnóstico de ortodoncia: Máximo de por vida por participante Cobertura para adultos e hijos derechohabientes hasta los 19 años.	50%	\$2,000 (no se aplica el deducible)

Los implantes dentales no están incluidos en la cobertura.

Lo anterior es una lista de servicios comunes disponibles a través de su red de dentistas contratados.

La parte del costo que le corresponde al asegurado se determina en función de si recibe la atención de un dentista contratado o no.

\*\* Los beneficios de los servicios con cobertura recibidos de un dentista contratado se basan en la cantidad permitida, y dicho dentista no puede facturar el saldo de los cargos que superen esta cantidad permitida. Los beneficios de los servicios con cobertura recibidos de un dentista no contratado se basarán en una cantidad permitida determinada por BCBSIL. La cantidad permitida de un dentista no contratado será mayor que la cantidad que BCBSIL habría pagado por el mismo servicio, suministro o procedimiento incluidos en la cobertura si los hubiera realizado o prestado un dentista contratado, y es posible que el dentista no contratado facture el saldo por cantidades superiores a esta.

Esta cobertura incluye BlueCare Dental Enhanced Benefit<sup>SM</sup>. Enhanced Benefit ofrece beneficios dentales adicionales, como una limpieza adicional para los asegurados con problemas de salud específicos. Consulte el *Certificado de beneficios y servicios médicos* para obtener más información sobre los beneficios.

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, a Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association