



Esta información ofrece solo un resumen de los beneficios y servicios médicos incluidos en esta cobertura dental. Consulte su Certificado de beneficios y servicios médicos dentales para obtener más información. Los deducibles, el coaseguro y el período máximo de las prestaciones indicados a continuación están sujetos a cambios según lo permita la ley.

## Resumen de los servicios para el cuidado dental

### Aspectos básicos del programa

### Dentista contratado

### Dentista no contratado\*

|                                     |                                     |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Período máximo de beneficios</b> | \$2,000                             |                                     |
| <b>Deducible</b>                    | \$50 por persona, \$150 por familia | \$50 por persona, \$150 por familia |

## Servicios incluidos

|  |                                     |                                     |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Evaluaciones diagnósticas**</b><br>Evaluaciones bucales periódicas<br>Evaluaciones bucales para tratar problemas específicos<br>Evaluaciones bucales completas                    | 100%<br>(no se aplica el deducible) | 100%<br>(no se aplica el deducible) |
| <b>Servicios de prevención**</b><br>Profilaxis (limpiezas)<br>Aplicaciones tópicas de fluoruro   | 100%<br>(no se aplica el deducible) | 100%<br>(no se aplica el deducible) |
| <b>Radiografías diagnósticas**</b><br>Radiografías panorámicas y de boca completa<br>Radiografías de mordida<br>Radiografías periapicales  | 100%<br>(no se aplica el deducible) | 100%<br>(no se aplica el deducible) |
| <b>Otros servicios de prevención</b><br>Selladores<br>Mantenedores de espacios   | 100%<br>(no se aplica el deducible) | 100%<br>(no se aplica el deducible) |
| <b>Servicios básicos de restauración</b><br>Amalgamas<br>Restauraciones de compuesto de resina   | 80%                                 | 80%                                 |
| <b>Extracciones no quirúrgicas</b><br>Remoción de residuos coronales retenidos<br>Remoción de diente erupcionado o raíz expuesta   | 80%                                 | 80%                                 |
| <b>Servicios de periodoncia no quirúrgicos</b><br>Raspados/alisados radiculares periodontales<br>Desbridamiento de boca completa<br>Procedimientos para el mantenimiento periodontal | 80%                                 | 80%                                 |
| <b>Servicios complementarios</b><br>Tratamiento paliativo (emergencia)<br>Sedación profunda / anestesia general  | 80%                                 | 80%                                 |
| <b>Servicios de endodoncia</b><br>Pulpotomía terapéutica y desbridamiento pulpar<br>Terapia de conducto radicular<br>Apexificación/recalcificación                                   | 80%                                 | 80%                                 |

## Servicios incluidos (continuación)

|   |     |     |
|---|-----|-----|
| <b>Servicios de intervención bucal</b><br>Extracciones quirúrgicas dentales<br>Alveoloplastia y vestibuloplastia<br>Ablación de tumor o quiste odontogénico benigno<br>Ablación de tejido óseo<br>Incisión y drenaje de absceso intraoral                                     | 80% | 80% |
| <b>Servicios quirúrgicos de periodoncia</b><br>Procedimientos de gingivectomía o gingivoplastia y colgajo gingival<br>Alargamiento de corona clínica<br>Cirugía ósea<br>Injertos óseos<br>Injertos de tejido blando/autotrasplante<br>Procedimiento de cuña distal o proximal | 80% | 80% |
| <b>Servicios de restauración de mayor complejidad</b><br>Restauraciones de solo una corona<br>Restauraciones de incrustación/sobreincrustación<br>Restauraciones de carilla labial<br>Coronas colocadas sobre implantes   | 50% | 50% |
| <b>Servicios de prostodoncia</b><br>Dentaduras postizas completas y parciales removibles<br>Procedimientos de recubrimiento/rebasado de dentadura postiza<br>Puentes dentales fijos<br>Prótesis colocadas sobre implantes   | 50% | 50% |
| <b>Otros servicios de restauración y prostodoncia</b><br>Coronas prefabricadas<br>Recementaciones<br>Retención de pernos y reparaciones de corona/puente, perno y núcleo<br>Ajustes   | 50% | 50% |

## Servicios de ortodoncia

|  |   |
|--|---|
| <b>Servicios de ortodoncia</b><br><br>Procedimientos y tratamientos diagnósticos de ortodoncia<br><br>Cobertura máxima de por vida por participante<br><br>Cobertura para adultos e hijos derechohabientes de hasta 19 años de edad. | 50%<br><br>\$1,000<br><br>(no se aplica el deducible) |
|--|---|

Los implantes dentales no están incluidos en la cobertura.

La lista anterior incluye los servicios comunes disponibles a través de la 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.

\* Las prestaciones por los servicios con cobertura recibidos de un dentista contratado se basan en la cantidad permitida, y dicho dentista no puede facturar el saldo por montos superiores a la cantidad permitida. Las prestaciones por los servicios con cobertura de parte de un dentista no contratado se basan en una cantidad permitida determinada por BCBSIL; dicha cantidad no será menor al monto que BCBSIL habría pagado por el mismo servicio, suministro o procedimiento de haber sido realizado por un dentista contratado. Es posible que dicho dentista facture el saldo por los montos que superiores a la cantidad permitida.

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 su Certificado de beneficios y servicios médicos dentales para obtener más información.