



Esta información es solo un resumen de los beneficios y servicios que ofrece esta póliza de cobertura dental. Para obtener más información, consulte el Certificado de beneficios y servicios dentales. Los deducibles, el coaseguro y la cobertura máxima por período de beneficios que se indican a continuación están sujetos a cambios según las leyes aplicables.

Resumen de beneficios y servicios dentales

Lo básico del programa

Dentista con contrato

Dentista sin contrato*

| | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Cobertura máxima por período de beneficios | \$3,000 | |
| Deducible | \$25 por persona / \$75 por familia | \$25 por persona / \$75 por familia |

Servicios con cobertura

| | | |
|--|-------------------------------|-------------------------------|
| Exámenes diagnósticos Exámenes bucales periódicos Exámenes bucales para tratar problemas específicos Exámenes bucales completos | 100% (Exento de deducible) | 100% (Exento de deducible) |
| Servicios preventivos Profilaxis (limpiezas) Aplicaciones tópicas de tratamiento con fluoruro | 100% (Exento de deducible) | 100% (Exento de deducible) |
| Radiografías diagnósticas Radiografías panorámicas y de todos los dientes Radiografías con aleta de mordida Radiografías periapicales | 100% (Exento de deducible) | 100% (Exento de deducible) |
| Servicios preventivos misceláneos Selladores Mantenedores de espacio | 100% (Exento de deducible) | 100% (Exento de deducible) |
| Servicios básicos de restauración Amalgamas Restauraciones con compuesto de resina | 80% | 80% |
| Extracciones no quirúrgicas Extracciones de remanentes coronales retenidos Extracciones por erupción de dientes o raíces expuestas | 80% | 80% |
| Servicios periodontales no quirúrgicos Raspados periodontales y alisados radiculares Desbridamiento total de la boca Procesos de mantenimiento periodontal | 80% | 80% |
| Servicios adicionales Tratamientos paliativos (de emergencia) Sedación profunda / anestesia general | 80% | 80% |
| Servicios de endodoncia Pulpotomía terapéutica y desbridamiento pulpar Terapia de conducto radicular Apexificaciones / recalificaciones | 80% | 80% |

Servicios con cobertura (continuación)

| | | |
|---|-----|---|
| Servicios de cirugía oral Extracciones dentales quirúrgicas Alveoplastia y vestibuloplastia Extirpación de tumores odontogénicos benignos / quistes Extirpación de tejidos óseos Incisiones y drenaje de abscesos intrabucales | 80% | 80% |
| Servicios periodontales quirúrgicos Gingivectomía o gingivoplastia y procedimientos de colgajo gingival Alargamiento clínico de coronas Cirugía ósea Injertos óseos Injertos de tejido blando / aloinjertos Procedimientos de cuña distal o proximal | 80% | 80% |
| Servicios de restauración mayor Restauraciones de corona unitaria Reconstrucción con incrustaciones y sobreincrustaciones Restauraciones de carillas labiales Coronas colocadas sobre implantes | 50% | 50% |
| Servicios de prostodoncia Dentadura completa y parcial removible Procedimientos de reajustes / rebasados de dentaduras postizas Puentes fijos Prótesis sobre implantes | 50% | 50% |
| Implantes | 50% | 50% |
| Servicios misceláneos de restauración y prostodoncia Coronas prefabricadas Recementaciones Restauraciones de perno y muñón, retención de pernos y coronas / puentes Ajustes | 50% | 50% |
| <h2>Ortodoncia</h2> | | |
| Ortodoncia Tratamientos y procedimientos diagnósticos de ortodoncia Cobertura máxima de por vida por participante Cobertura para adultos e hijos derechohabientes hasta los 19 años | | 50% \$2,000 (Exento de deducible) |

Esta es una lista de los servicios comunes disponibles a través de la red de Dentistas contratados.

La porción del costo que le corresponda pagar al Asegurado se determinará considerando si recibe los servicios de un Dentista contratado o de uno sin contrato.

* La cobertura para servicios incluidos que reciba de un Dentista con contrato tendrá como base la Cantidad permitida, y tal Dentista no puede facturarle las cantidades que sobrepasen esta Cantidad permitida. La cobertura para servicios incluidos que reciba de un Dentista sin contrato se basa en la Cantidad permitida determinada por BCBSOK, donde la Cantidad permitida para servicios prestados por Dentistas sin contrato no será menor que la cantidad que BCBSOK hubiera pagado por el mismo servicio, suministro o procedimiento con cobertura si hubiese sido realizado o prestado por un Dentista contratado, y tal Dentista podría facturar saldos por las cantidades que sobrepasen lo determinado.

Esta cobertura incluye BlueCare Dental Enhanced BenefitSM. La ventaja de contar con Enhanced Benefit es el acceso a servicios dentales adicionales, como una limpieza adicional para asegurados con ciertos problemas de salud. Para obtener más información, consulte el Certificado de beneficios y servicios dentales.

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