



BlueCross BlueShield  
of Oklahoma

# BlueCare Dental PPO<sup>SM</sup>

## Voluntario

N.º de póliza: DONLR47

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>	\$1,500	
<b>Deducible</b>	\$50 por persona, \$150 por familia	\$50 por persona, \$150 por familia
Servicios incluidos		
<b>Evaluaciones diagnósticas</b> Evaluaciones bucales periódicas Evaluaciones bucales para tratar problemas específicos Evaluaciones bucales completas	100% (no se aplica el deducible)	100% (no se aplica el deducible)
<b>Servicios de prevención</b> Profilaxis (limpiezas) Aplicaciones tópicas de fluoruro	100% (no se aplica el deducible)	100% (no se aplica el deducible)
<b>Radiografías diagnósticas</b> Radiografías panorámicas y de boca completa Radiografías de mordida Radiografías periapicales	100% (no se aplica el deducible)	100% (no se aplica el deducible)
<b>Otros servicios de prevención</b> Selladores Mantenedores de espacios	80%	80%
<b>Servicios básicos de restauración</b> Amalgamas Restauraciones de compuesto de resina	80%	80%
<b>Extracciones no quirúrgicas</b> Remoción de residuos coronales retenidos Remoción de diente erupcionado o raíz expuesta	80%	80%
<b>Servicios de periodoncia no quirúrgicos</b> Raspados/alisados radiculares periodontales Desbridamiento de boca completa Procedimientos para el mantenimiento periodontal	80%	80%
<b>Servicios complementarios</b> Tratamiento paliativo (emergencia) Sedación profunda / anestesia general	80%	80%
<b>Servicios de endodoncia</b> Pulpotomía terapéutica y desbridamiento pulpar Terapia de conducto radicular Apexificación/recalcificación	50%	50%

## Servicios incluidos (continuación)

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

## Servicios de ortodoncia

<b>Servicios de ortodoncia</b> Procedimientos y tratamientos diagnósticos de ortodoncia Cobertura máxima de por vida por participante	Sin cobertura
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------

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.

\* Todas las prestaciones se basan en la cantidad permitida, la cual es establecida por BCBSOK como la cantidad máxima autorizada para el pago de los beneficios. Un dentista contratado no puede facturar el saldo de los cargos que superen la cantidad permitida. Las prestaciones por los servicios con cobertura recibidos de un dentista no contratado se basan en la cantidad permitida, y dicho dentista no puede facturar el saldo por montos superiores a la cantidad permitida, lo que llevaría a gastos de bolsillo más altos.

Esta póliza incluye las prestaciones optimizadas de 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.