



BlueCross BlueShield  
of Oklahoma

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

Identificación de la cobertura: DONLR60

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\*

<b>Cobertura máxima por período de beneficios</b>	\$1,000	
<b>Deducible</b>	\$50 por persona / \$150 por familia	\$50 por persona / \$150 por familia

## Servicios con cobertura

<b>Evaluaciones diagnósticas**</b> Exámenes bucales periódicos Exámenes bucales para tratar problemas específicos Exámenes bucales completos	100% (Exento de deducible)	100% (Exento de deducible)
<b>Servicios preventivos**</b> Profilaxis (limpiezas) Aplicaciones tópicas de tratamiento con fluoruro	100% (Exento de deducible)	100% (Exento de deducible)
<b>Radiografías diagnósticas**</b> Radiografías panorámicas y de todos los dientes Radiografías con aleta de mordida Radiografías periapicales	100% (Exento de deducible)	100% (Exento de deducible)
<b>Servicios preventivos misceláneos</b> Selladores Mantenedores de espacio	80%	80%
<b>Servicios básicos de restauración</b> Amalgamas Restauraciones con compuesto de resina	80%	80%
<b>Extracciones no quirúrgicas</b> Extracciones de remanentes coronales retenidos Extracciones por erupción de dientes o raíces expuestas	80%	80%
<b>Servicios periodontales no quirúrgicos</b> Raspados periodontales y alisados radiculares Desbridamiento total de la boca Procesos de mantenimiento periodontal	80%	80%
<b>Servicios adicionales</b> Tratamientos paliativos (de emergencia) Sedación profunda / anestesia general	80%	80%
<b>Servicios de endodoncia</b> Pulpotomía terapéutica y desbridamiento pulpar Terapia de conducto radicular Apexificaciones / recalificaciones	50%	50%

## Servicios con cobertura (continuación)

<b>Servicios de cirugía oral</b> Extracciones dentales quirúrgicas Alveoplastia y vestibuloplastia Extirpación de tumores odontogénicos benignos / quistes Extirpación de tejidos óseos Incisiones y drenaje de abscesos intrabucales	50%	50%
<b>Servicios periodontales quirúrgicos</b> 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 Exposiciones de coronas anatómicas	50%***	50%***
<b>Servicios de restauración mayor</b> Restauraciones de corona unitaria Restauraciones de láminas de oro e incrustación / sobreincrustación Restauraciones de carillas labiales Coronas colocadas sobre implantes	50%***	50%***
<b>Servicios de prostodoncia</b> Dentadura completa y parcial removible Procedimientos de reajustes / rebasados de dentaduras postizas Puentes fijos Prótesis sobre implantes	50%***	50%***
<b>Servicios misceláneos de restauración y prostodoncia</b> Coronas prefabricadas Recementaciones Restauraciones de perno y muñón, retención de pernos y coronas / puentes Ajustes	50%***	50%***

## Ortodoncia

<b>Ortodoncia</b>  Tratamientos y procedimientos diagnósticos de ortodoncia. Cobertura máxima de por vida por participante. Cobertura para adultos e hijos derechohabientes hasta los 19 años.	50% \$1,000 (Exento de deducible)
--	---

\*\*\* Se aplica un período de espera de 12 meses para estos servicios.

Los implantes dentales no tienen cobertura.

\*\*La Cantidad permitida para servicios con cobertura no se aplicará a la cobertura máxima anual del Participante.

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 Benefit<sup>SM</sup>. 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.