



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
<b>Servicios incluidos</b>		
<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%

Dentista contratado

Dentista no contratado\*

## Servicios incluidos (continuación)

<b>Servicios de intervención bucal</b> Extracciones quirúrgicas dentales Alveoloplastia 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  Cobertura para adultos e hijos derechohabientes de hasta 19 años de edad.	50%  \$1,000  (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 BCBSOK; dicha cantidad no será menor al monto que BCBSOK 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 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.