



BlueCross BlueShield
of Illinois

BlueCare Dental PPOSM

Identificación de la cobertura: DINHR34

Esta información es solo un resumen de los beneficios y servicios que ofrece esta póliza de cobertura dental. 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	\$1,500	\$1,000
Deducible	\$50 por persona / \$150 por familia	\$75 por persona / \$225 por familia
Servicios con cobertura		
Exámenes diagnósticos Exámenes bucales periódicos Exámenes bucales para tratar problemas específicos Exámenes bucales completos	100% (Exento de deducible)	80% (Exento de deducible)
Servicios preventivos Profilaxis (limpiezas) Aplicaciones tópicas de tratamiento con fluoruro	100% (Exento de deducible)	80% (Exento de deducible)
Radiografías diagnósticas Radiografías panorámicas y de todos los dientes Radiografías con aleta de mordida Radiografías periapicales	100% (Exento de deducible)	80% (Exento de deducible)
Servicios preventivos misceláneos Selladores Mantenedores de espacio	100% (Exento de deducible)	80% (Exento de deducible)
Servicios básicos de restauración Amalgamas Restauraciones con compuesto de resina	80%	60%
Extracciones no quirúrgicas Extracciones de remanentes coronales retenidos Extracciones por erupción de dientes o raíces expuestas	80%	60%
Servicios periodontales no quirúrgicos Raspados periodontales y alisados radiculares Desbridamiento total de la boca Procesos de mantenimiento periodontal	80%	60%
Servicios adicionales Tratamientos paliativos (de emergencia) Sedación profunda / anestesia general	80%	60%
Servicios de endodoncia Pulpotomía terapéutica y desbridamiento pulpar Terapia de conducto radicular Apexificaciones / recalcificaciones	80%	60%

Servicios con cobertura (continuación)

Servicios de cirugía oral Extracciones dentales quirúrgicas Alveoplastía y vestibuloplastía Extirpación de tumores odontogénicos benignos / quistes Extirpación de tejidos óseos Incisiones y drenaje de abscesos intrabucales	80%	60%
Servicios periodontales quirúrgicos Gingivectomía o gingivoplastía 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%	60%
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 protodoncia 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 protodoncia Coronas prefabricadas Recementaciones Restauraciones de perno y muñón, retención de pernos y coronas / puentes Ajustes	50%	50%

Servicios de ortodoncia

Servicios de 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% \$1,000 (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 participante contratado o de uno sin contrato.

* La cobertura para servicios incluidos que reciba de un Dentista con contrato se basa en la Cantidad permitida, y tal Dentista no puede facturarle los cargos que sobrepasen las Cantidad permitidas. La cobertura para servicios incluidos que reciba de un Dentista sin contrato tendrá como base la Cantidad permitida determinada por BCBSIL, donde la Cantidad permitida para servicios de Dentistas sin contrato no será menor que la cantidad que BCBSIL 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 facturarle cualquier cantidad que sobrepase la cantidad permitida.

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. Consulte el Certificado de beneficios y servicios dentales.