



## BlueCare Dental,<sup>SM</sup> cobertura para particulares

2021



### Complemente su cobertura médica con una cobertura dental de Blue Cross and Blue Shield of Illinois.

La atención dental es esencial para su salud en general. Por esto, Blue Cross and Blue Shield of Illinois (BCBSIL) ofrece BlueCare Dental y BlueCare Dental 4 Kids<sup>SM</sup>. Nuestras coberturas dentales incluyen servicios preventivos como chequeos, limpiezas y radiografías básicas, asimismo, procedimientos como rellenos, puentes y coronas. Contamos con dos coberturas, tanto para adultos como para niños, diseñadas para adaptarse a sus necesidades y su presupuesto.

#### Las coberturas BlueCare Dental 1A y BlueCare Dental 4 Kids 1A incluyen:

- cobertura del 100% en la mayoría de los servicios preventivos con dentistas de la red;
- deducible de \$50 por servicios de la red;
- cobertura para todos los procedimientos dentales hasta el máximo anual de \$1,500 o el máximo anual ilimitado en BlueCare Dental 4 Kids 1A.

#### Las coberturas BlueCare Dental 1B y BlueCare Dental 4 Kids 1B incluyen:

- prima mensual más baja (en comparación con las coberturas 1A);
- cobertura del 90% en la mayoría de los servicios preventivos con dentistas de la red;
- deducible de \$75 por servicios de la red;
- cobertura para todos los procedimientos dentales hasta el máximo anual de \$1,000 o el máximo anual ilimitado en BlueCare Dental 4 Kids 1B.



**Llámenos al 800-477-2000 o comuníquese con un agente de seguros independiente autorizado de Blue Cross and Blue Shield of Illinois.**

Consulte los detalles de las coberturas en la tabla al reverso.

# Coberturas dentales<sup>1</sup>

Los beneficios y servicios a continuación representan lo que el asegurado pagará.

|   | BlueCare Dental 1A <sup>2</sup>               |                  | BlueCare Dental 4 Kids 1A                     |                  | BlueCare Dental 1B <sup>2</sup>               |                  | BlueCare Dental 4 Kids 1B                     |                  |
|---|---|------------------|---|------------------|---|------------------|---|------------------|
|   | En la red                                     | Fuera de la red  | En la red                                     | Fuera de la red  | En la red                                     | Fuera de la red  | En la red                                     | Fuera de la red  |
| <b>Deducible por asegurado</b><br>(Deducible por familia equivale al deducible por persona por 3) | \$50  | \$50             | \$50  | \$50             | \$75  | \$75             | \$75  | \$75             |
| <b>Máximo anual</b>   | \$1,500 <sup>3</sup>                          |                  | N/A   |                  | \$1,000 <sup>3</sup>                          |                  | N/A   |                  |
| <b>Exámenes diagnósticos</b>  | 0% <sup>4</sup>                               | 30% <sup>4</sup> | 0% <sup>4</sup>                               | 30% <sup>4</sup> | 10% <sup>4</sup>                              | 30% <sup>4</sup> | 20% <sup>4</sup>                              | 40% <sup>4</sup> |
| <b>Servicios preventivos</b>  | 0% <sup>4</sup>                               | 30% <sup>4</sup> | 0% <sup>4</sup>                               | 30% <sup>4</sup> | 10% <sup>4</sup>                              | 30% <sup>4</sup> | 20% <sup>4</sup>                              | 40% <sup>4</sup> |
| <b>Radiografías diagnósticas</b>  | 0% <sup>4</sup>                               | 30% <sup>4</sup> | 0% <sup>4</sup>                               | 30% <sup>4</sup> | 10% <sup>4</sup>                              | 30% <sup>4</sup> | 20% <sup>4</sup>                              | 40% <sup>4</sup> |
| <b>Diversos servicios preventivos</b>   | 20%   | 50%              | 20%   | 50%              | 10%   | 30%              | 20%   | 40%              |
| <b>Servicios básicos de restauración</b>  | 20%   | 50%              | 20%   | 50%              | 30%   | 50%              | 50%   | 70%              |
| <b>Extracciones no quirúrgicas</b>  | 20%   | 50%              | 20%   | 50%              | 30%   | 50%              | 50%   | 70%              |
| <b>Servicios periodontales no quirúrgicos</b>   | 20%   | 50%              | 20%   | 50%              | 30%   | 50%              | 50%   | 70%              |
| <b>Servicios adicionales</b>  | 20%   | 50%              | 20%   | 50%              | 30%   | 50%              | 50%   | 70%              |
| <b>Endodoncia</b>   | 20%   | 50%              | 20%   | 50%              | 50%   | 70%              | 50%   | 70%              |
| <b>Cirugía bucal</b>  | 20%   | 50%              | 20%   | 50%              | 50%   | 70%              | 50%   | 70%              |
| <b>Periodoncia quirúrgica<sup>5</sup></b>   | 20%   | 50%              | 20%   | 50%              | 50%   | 70%              | 50%   | 70%              |
| <b>Servicios de restauración mayor<sup>5</sup></b>  | 50%   | 70%              | 50%   | 70%              | 50%   | 70%              | 50%   | 70%              |
| <b>Prostodoncia<sup>5</sup></b>   | 50%   | 70%              | 50%   | 70%              | 50%   | 70%              | 50%   | 70%              |
| <b>Diversos servicios de restauración y prostodoncia<sup>5</sup></b>                              | 50%   | 70%              | 50%   | 70%              | 50%   | 70%              | 50%   | 70%              |
| <b>Ortodoncia<sup>6</sup><br/>(hasta los 19 años)</b>   | N/A   | N/A              | 50% <sup>4</sup>                              | 70% <sup>4</sup> | N/A   | N/A              | 50% <sup>4</sup>                              | 70% <sup>4</sup> |
| <b>Gasto máximo de bolsillo</b>   | \$350 por un niño/<br>\$700 por 2 niños o más | N/A              | \$350 por un niño/<br>\$700 por 2 niños o más | N/A              | \$350 por un niño/<br>\$700 por 2 niños o más | N/A              | \$350 por un niño/<br>\$700 por 2 niños o más | N/A              |

## Tarifas mensuales de las primas de BlueCare Dental<sup>7</sup>

|                            | Región 1 <sup>8</sup> | Región 2 <sup>9</sup> | Región 1 <sup>8</sup> | Región 2 <sup>9</sup> | Región 1 <sup>8</sup> | Región 2 <sup>9</sup> | Región 1 <sup>8</sup> | Región 2 <sup>9</sup> |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <b>Asegurado</b>           | \$36.55               | \$29.75               | \$33.08               | \$26.93               | \$27.10               | \$22.07               | \$25.28               | \$20.58               |
| <b>Asegurado + Cónyuge</b> | \$73.10               | \$59.50               | N/A                   | N/A                   | \$54.20               | \$44.14               | N/A                   | N/A                   |
| <b>Asegurado + 1 niño</b>  | \$69.63               | \$56.68               | N/A                   | N/A                   | \$52.38               | \$42.65               | N/A                   | N/A                   |
| <b>Familia*</b>            | \$172.34              | \$140.29              | N/A                   | N/A                   | \$130.04              | \$105.88              | N/A                   | N/A                   |



**Llámenos al 800-477-2000 o comuníquese con un agente de seguros independiente autorizado de Blue Cross and Blue Shield of Illinois.**

1. Este documento no incluye la lista completa de exclusiones, limitaciones y condiciones aplicables a los beneficios enumerados. Consulte toda la información en el certificado de beneficios y servicios médicos del asegurado.  
 2. Si elige cobertura BlueCare Dental 1A, consulte los detalles de la cobertura BlueCare Dental 4 Kids 1A para derechohabientes menores de 19 años. Si elige BlueCare Dental 1B, consulte los detalles de la cobertura BlueCare Dental 4 Kids 1B para derechohabientes menores de 19 años.  
 3. Los asegurados menores de 19 años están exentos del máximo anual.  
 4. Exento del deducible.

5. Podría aplicarse un período de espera para adultos mayores de 19 años.  
 6. Máximo ilimitado para ortodoncia médicamente necesaria para los asegurados con hasta 19 años.  
 7. Tarifas sujetas a cambios.  
 8. Las tarifas de la Región 1 son aplicables a los asegurados que residen en los siguientes condados: Cook, DuPage, Kane, Lake y McHenry.  
 9. Las tarifas de la Región 2 son aplicables a los asegurados que residen en condados fuera de la Región 1.  
 \* Este ejemplo incluye al asegurado, al cónyuge y tres niños.



**Tener cobertura médica es importante para todos.**

Ofrecemos comunicación y servicios gratuitos para cualquier persona con impedimentos o que requiera asistencia lingüística. No discriminamos por motivos de raza, color, país de origen, sexo, identidad de género, edad, orientación sexual, problemas médicos o discapacidad.

Llámenos al 855-710-6984 para recibir asistencia lingüística o comunicación en otros formatos sin costo.

Si cree que no hemos proporcionado un servicio, o si cree que ha sido discriminado de cualquier otra manera, comuníquese con nosotros para presentar una inconformidad.

Office of Civil Rights Coordinator  
300 E. Randolph St.  
35th Floor  
Chicago, Illinois 60601

Teléfono: 855-664-7270 (correo de voz)  
TTY/TDD: 855-661-6965  
Fax: 855-661-6960  
Correo electrónico: [CivilRightsCoordinator@hcsc.net](mailto:CivilRightsCoordinator@hcsc.net)

Tiene el derecho de presentar una queja por derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) por estos medios:

U.S. Dept. of Health & Human Services  
200 Independence Avenue SW  
Room 509F, HHH Building 1019  
Washington, DC 20201

Teléfono: 800-368-1019  
TTY/TDD: 800-537-7697  
Portal de quejas: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>  
Formulario de quejas: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>



If you, or someone you are helping, have questions, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 855-710-6984.

|                          |   |
|--------------------------|---|
| Español<br>Spanish       | Si usted o alguien a quien usted está ayudando tiene preguntas, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 855-710-6984.                                |
| العربية<br>Arabic        | إن كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم فوري، اتصل على الرقم 855-710-6984.  |
| 繁體中文<br>Chinese          | 如果您，或您正在協助的對象，對此有疑問，您有權利免費以您的母語獲得幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話號碼 855-710-6984。   |
| Français<br>French       | Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, avez des questions, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 855-710-6984.            |
| Deutsch<br>German        | Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 855-710-6984 an.    |
| ગુજરાતી<br>Gujarati      | જો તમને અથવા તમે મદદ કરી રહ્યા હોય એવા કોઈ બીજી વ્યક્તિને એસ.બી.એમ. કાયદાક્રમ બાબતે પ્રશ્નો હોય, તો તમને વિના ખર્ચે, તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો હક્ક છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે આ નંબર 855-710-6984 પર કોલ કરો. |
| हिंदी<br>Hindi           | यदि आपके, या आप जिसको सहायता कर रहे हैं उसके, प्रश्न हैं, तो आपको अपनी भाषा में नि:शुल्क सहायता और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी अनुवादक से बात करने के लिए 855-710-6984 पर कॉल करें।                                 |
| Italiano<br>Italian      | Se tu o qualcuno che stai aiutando avete domande, hai il diritto di ottenere aiuto e informazioni nella tua lingua gratuitamente. Per parlare con un interprete, puoi chiamare il numero 855-710-6984.                          |
| 한국어<br>Korean            | 만약 귀하 또는 귀하가 돕는 사람이 질문이 있다면 귀하는 무료로 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 통역사가 필요하시면 855-710-6984 로 전화하십시오.   |
| Diné<br>Navajo           | T'áá ni, éí doodago ła'da bıká anánilwo'ígíí, na'ídíłkidgo, ts'ídá bee ná ahóótí'i' t'áá níık'e níká a'doolwoł dóó bína'ídíłkídígíí bee níł h odoonih. Ata'dahalne'ígíí bich'í' hodíłlnih kwe'é 855-710-6984.                   |
| فارسی<br>Persian         | اگر شما، یا کسی که شما به او کمک می کنید، سؤالی داشته باشید، حق این را دارید که به زبان خود، به طور رایگان کمک و اطلاعات دریافت نمایید. جهت گفتگو با یک مترجم شفاهی، با شماره 855-710-6984 تماس حاصل نمایید.                    |
| Polski<br>Polish         | Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie jakiegokolwiek pytania, macie prawo do uzyskania bezpłatnej informacji i pomocy we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer 855-710-6984.                      |
| Русский<br>Russian       | Если у вас или человека, которому вы помогаете, возникли вопросы, у вас есть право на бесплатную помощь и информацию, предоставленную на вашем языке. Чтобы связаться с переводчиком, позвоните по телефону 855-710-6984.       |
| Tagalog<br>Tagalog       | Kung ikaw, o ang isang taong iyong tinutulungan ay may mga tanong, may karapatan kang makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang bayad. Upang makipag-usap sa isang tagasalin-wika, tumawag sa 855-710-6984.   |
| اردو<br>Urdu             | اگر آپ کو، یا کسی ایسے فرد کو جس کی آپ مدد کر رہے ہیں، کوئی سوال درپیش ہے تو، آپ کو اپنی زبان میں مفت مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ مترجم سے بات کرنے کے لیے، 855-710-6984 پر کال کریں۔                                   |
| Tiếng Việt<br>Vietnamese | Nếu quý vị, hoặc người mà quý vị giúp đỡ, có câu hỏi, thì quý vị có quyền được giúp đỡ và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, gọi 855-710-6984.                              |