



BlueCross BlueShield
of Texas

BlueCare DentalSM Voluntary

Identificación de la cobertura: DTNLR23

Esta información es solo un resumen de los beneficios que ofrece esta póliza de cobertura dental. Consulte el Certificado de beneficios 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 dentales

Aspectos básicos del programa

Cobertura máxima por período de beneficios	\$1,000
Deducible	\$50 por persona / \$150 por familia
Servicios con cobertura	
Exámenes diagnósticos Exámenes bucales periódicos Exámenes bucales para tratar problemas específicos Exámenes bucales completos	100% (Exento de deducible)
Servicios preventivos Profilaxis (limpiezas) Aplicaciones tópicas de tratamiento con fluoruro	100% (Exento de deducible)
Radiografías diagnósticas Radiografías panorámicas y de toda la boca Radiografías con aleta de mordida Radiografías periapicales	100% (Exento de deducible)
Servicios preventivos misceláneos Selladores Mantenedores de espacio	80%
Servicios dentales de restauración básicos Amalgamas Restauraciones con compuesto de resina	80%
Extracciones no quirúrgicas Extracciones de remanentes coronales retenidos Extracciones por erupción de dientes o raíces expuestas	80%
Servicios periodontales no quirúrgicos Raspados periodontales y alisados radiculares Desbridamiento total de la boca Proceso de mantenimiento periodontal	80%
Servicios adicionales Tratamientos paliativos (de emergencia) Sedación profunda / anestesia general	80%
Servicios de endodoncia Pulpotomía terapéutica y desbridamiento pulpar Terapia de conducto radicular Apexificaciones / recalificaciones	50%

Servicios con cobertura (continuación)	
Servicios de cirugía oral Extracciones dentales quirúrgicas Alveoplastia y vestibuloplastia Extirpación de tumores odontogénicos benignos / quistes Extirpación de tejidos óseos Incisiones y drenaje de abscesos intrabucales	50%
Servicios periodontales quirúrgicos 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%*
Servicios de restauración mayor Restauraciones de corona unitaria Restauraciones de láminas de oro e incrustación / sobreinscrustación Restauraciones de carillas labiales Coronas colocadas sobre implantes	50%*
Servicios de prostodoncia Dentaduras completas y parciales removibles Procedimientos de reajustes / rebasados de dentaduras postizas Puentes fijos Prótesis sobre implantes	50%*
Servicios misceláneos de restauración y prostodoncia Coronas prefabricadas Recementaciones Restauraciones con perno y muñón, retención de pernos y coronas / puentes Ajustes	50%*
Ortodoncia	
Servicios ortodoncia Tratamientos y procedimientos diagnósticos de ortodoncia Cobertura máxima de por vida por participante	Sin cobertura

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

Sin cobertura para implantes dentales.

Esta es una lista de los servicios comunes disponibles a través de la red de Dentistas participantes de su cobertura dental.

La porción del costo que le corresponda pagar al Asegurado se determinará considerando si recibe los servicios de un Dentista que participe en la red o de uno que no participe en la red.

Los servicios de prestadores de servicios dentales no participantes estarán sujetos a las cantidades razonables y habituales, según lo determine la Compañía. Las cantidades que superen estos costos permitidos serán entera responsabilidad del asegurado.

Esta cobertura incluye BlueCare Dental Enhanced BenefitSM. Enhanced Benefit ofrece beneficios dentales adicionales sin costo, por ejemplo, limpieza adicional y cobertura del 100% para limpiezas periodontales para los asegurados con ciertos problemas de salud. Consulte el Certificado de beneficios dentales.