

Resumen de beneficios

Elección esencial de Anthem Dental

Grupo de hospitalidad de Union Square
Red completa de Anthem Blue Cross and Blue Shield Dental

¡BIENVENIDO A SU PLAN DENTAL!

Los chequeos dentales regulares pueden ayudar a encontrar señales de advertencia tempranas de ciertos problemas de salud, lo que significa que puede recibir la atención que necesita para Manténgase saludable. Por lo tanto, no escatime en su cuidado dental, ¡un buen cuidado bucal puede significar una mejor salud en general!

Herramientas para miembros potentes y de fácil acceso.

- **Pregúntele a un higienista:** Los miembros dentales pueden simplemente enviar sus preguntas dentales por correo electrónico a un equipo de profesionales dentales con licencia que, a su vez, lo harán.
Responda en aproximadamente 24 horas.
- **Evaluación de riesgos para la salud dental:** Queremos que nuestros miembros dentales para comprender mejor su salud bucal y sus factores de riesgo de caries, enfermedad de las encías y cáncer oral. Esta herramienta en línea fácil de usar puede ayudarlos a hacer esto.
- **Estimador de costos de atención dental:** Para ayudar a nuestros miembros dentales a comprender mejor el costo de su atención dental, ofrecemos acceso a una herramienta fácil de usar basada en la web que proporciona estimaciones sobre procedimientos y tratamientos dentales comunes cuando se usa un dentista de la red.
- **Más capacidades:** Con nuestra última aplicación móvil, los miembros pueden encontrar un dentista de la red y ver sus reclamos. Nuestra aplicación está disponible para teléfonos Android y Apple.

Dentistas en la red de su plan.

- Ahorrará dinero cuando visite a un dentista en su plan porque Anthem Blue Cross and Blue Shield (Anthem) y el dentista han acordado el precio de los servicios cubiertos. Los dentistas que no están en la red de su plan no han aceptado los precios y pueden facturarle la diferencia entre lo que Anthem les paga y lo que el dentista generalmente les paga.
Cargos.
- Para encontrar un dentista por nombre o ubicación, vaya a anthem.com o llame al servicio al cliente dental al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación.

¿Listo para usar sus beneficios dentales?

- Elija un dentista de la red
- Pide una cita
- Muestre al personal de la oficina su tarjeta de identificación de miembro
- Pague cualquier deducible o copago que sea parte de su plan

¿Necesitas contactarnos?

Consulte el reverso de su tarjeta de identificación para saber a quién llamar, escribirnos o enviarnos un correo electrónico.

Sus beneficios dentales de un vistazo

El siguiente resumen de beneficios describe cómo funciona su plan dental y le brinda una referencia rápida de los beneficios de su plan dental. Para completar

Detalles de cobertura, consulte su póliza.

	Dentro de la red	Fuera de la red
Año de cobertura	Año natural	
Beneficio Anual Máximo		
● Por asegurado	\$2,000	\$2,000
● Los servicios de diagnóstico y prevención se aplican al máximo anual		
Arrastre máximo anual	Sí	Sí
Beneficio máximo de por vida de ortodoncia		
● Por persona elegible	\$1,500	\$1,500
Deducible anual		
● Por asegurado	\$100	\$100
● Máximo familiar	3x miembro individual deducible	3 veces el deducible de

Deducible exento para servicios de diagnóstico/preventivos	Sí		Sí
Reembolso fuera de la red:		Percentil 90	

Anthem Blue Cross and Blue Shield es el nombre comercial de Anthem HealthChoice HMO, Inc. Licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Anthem es una marca registrada de

Compañías de seguros Anthem, Inc.

ID de cita: 17339129

Página 1 de 3

Servicios dentales	Dentro de la red El himno paga:	Fuera de la red El himno paga:	Período de espera
Servicios de diagnóstico y prevención	100% de coseguro	100% de coseguro	Sin período de espera
<ul style="list-style-type: none"> ● Examen oral periódico <ul style="list-style-type: none"> ○ Limitado a 2 por 12 meses ● Limpieza dental (profilaxis) <ul style="list-style-type: none"> ○ Limitado a dos cada 12 meses combinado con mantenimiento periodontal ● Radiografías de aleta de mordida <ul style="list-style-type: none"> ○ Limitado a dos juegos cada 12 meses ● Radiografías de boca completa o panorámicas <ul style="list-style-type: none"> ○ Limitado a uno cada 36 meses ● Aplicación de flúor <ul style="list-style-type: none"> ○ Limitado a uno cada 12 meses hasta los 18 años ● Aplicación de sellador <ul style="list-style-type: none"> ○ Limitado a uno cada 36 meses hasta los 14 años ● Inserción de mantenedor de espacio <ul style="list-style-type: none"> ○ Limitado a uno por espacio dental de por vida hasta los 18 años 			
Servicios básicos (restaurativos)	80% de coseguro	80% de coseguro	Sin período de espera
<ul style="list-style-type: none"> ● Consulta (segunda opinión); solo con radiografías y ningún otro servicio <ul style="list-style-type: none"> ○ Limitado a uno cada 12 meses ● Relleno de amalgama (color plateado) <ul style="list-style-type: none"> ○ Limitado a uno por superficie dental cada 24 meses ● Empaste compuesto (del color del diente) <ul style="list-style-type: none"> ○ Limitado a uno por superficie dental cada 24 meses Empastes posteriores (espalda) no pagados como amalgama (empaste de color plateado) ● Biopsia por cepillado (prueba de cáncer) <ul style="list-style-type: none"> ○ No cubierto 			
Endodoncia (no quirúrgica)	80% de coseguro	80% de coseguro	Sin período de espera
<ul style="list-style-type: none"> ● Endodoncia (solo dientes permanentes) <ul style="list-style-type: none"> ○ Limitado a uno por diente de por vida; Solo dientes permanentes 			
Endodoncia (quirúrgica)	80% de coseguro	80% de coseguro	Sin período de espera
<ul style="list-style-type: none"> ● Apicectomía y apexificación <ul style="list-style-type: none"> ○ Limitado a uno por diente de por vida; Solo dientes permanentes 			
Periodoncia (no quirúrgica)	80% de coseguro	80% de coseguro	Sin período de espera
<ul style="list-style-type: none"> ● Mantenimiento periodontal <ul style="list-style-type: none"> ○ Limitado a dos por 12 meses combinado con limpiezas dentales ● Raspado y alisado radicular; cuando el bolsillo del diente tiene una profundidad de cuatro milímetros o más <ul style="list-style-type: none"> ○ Limitado a uno por cuadrante cada 24 meses 			
Periodoncia (quirúrgica)	80% de coseguro	80% de coseguro	Sin período de espera
<ul style="list-style-type: none"> ● Cirugía periodontal (ósea, gingivectomía, procedimientos de injerto) <ul style="list-style-type: none"> ○ Limitado a uno por cuadrante cada 36 meses 			
Cirugía oral (simple)	80% de coseguro	80% de coseguro	Sin período de espera
<ul style="list-style-type: none"> ● Extracción sencilla <ul style="list-style-type: none"> ○ Limitado a uno por diente de por vida 			
Cirugía Oral (Compleja)	80% de coseguro	80% de coseguro	Sin período de espera
<ul style="list-style-type: none"> ● Extracción quirúrgica <ul style="list-style-type: none"> ○ Limitado a uno por diente de por vida 			
Servicios principales (restaurativos)	50% de coseguro	50% de coseguro	Sin período de espera
<ul style="list-style-type: none"> ● Coronas, incrustaciones, carillas <ul style="list-style-type: none"> ○ Limitado a uno por diente/arco cada 60 meses 			
Prostodoncia	50% de coseguro	50% de coseguro	Sin período de espera
<ul style="list-style-type: none"> ● Dentaduras postizas y puentes <ul style="list-style-type: none"> ○ Limitado a uno por diente/arco cada 60 meses ● Colocación de implantes <ul style="list-style-type: none"> ○ Limitado a uno por diente/arco cada 60 meses 			

- Prosthodontia de implantes

○ Limitado a uno por diente/arco cada 60 meses como corona, puente y/o dentadura postiza sin implante

Reparaciones/Ajustes	80% de coseguro	80% de coseguro	Sin periodo de espera
<ul style="list-style-type: none"> • Reparaciones de coronas, dentaduras postizas y puentes <ul style="list-style-type: none"> ○ Limitado a uno cada 12 meses, no dentro de los 6 meses posteriores a la colocación • Ajustes de dentaduras postizas y puentes: <ul style="list-style-type: none"> ○ Limitado a dos por diente por 12 meses, no dentro de los 6 meses posteriores a la colocación 			

Anthem Blue Cross and Blue Shield es el nombre comercial de Anthem HealthChoice HMO, Inc. Licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Anthem es una marca registrada de Anthem Insurance Companies, Inc.

ID de cita: 17339129

Página 2 de 3

Servicios dentales (continuación)	Dentro de la red El himno paga:	Fuera de la red El himno paga:	Período de espera
Servicios de ortodoncia para adultos / niños <ul style="list-style-type: none"> ○ No se aplican límites de edad 	50% de coseguro	50% de coseguro	Sin periodos de espera
Trastorno de la articulación temporomandibular (ATM) <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías, férulas y procedimientos quirúrgicos, incluida la artroscopia y los dispositivos ortopédicos <ul style="list-style-type: none"> ○ Destacado 	50% de coseguro	50% de coseguro	Sin periodo de espera
Blanqueamiento dental cosmético <ul style="list-style-type: none"> ○ No cubierto 	No cubierto	No cubierto	N/A

NOTA: Los beneficios cosméticos, como el blanqueamiento dental, en una póliza de seguro pueden tener implicaciones fiscales tanto para los grupos de empleadores como para los miembros del plan. Por ejemplo, el valor en dólares del beneficio cosmético puede considerarse parte del ingreso imponible de una persona. Para obtener más información sobre las ramificaciones fiscales de los beneficios del seguro cosmético, consulte a un asesor legal o fiscal.

Servicios y programas adicionales	Dentro de la red El himno paga:	Fuera de la red El himno paga:	Período de espera
Anthem Whole Health Connection® - Dental <ul style="list-style-type: none"> • Para los miembros con ciertas afecciones de salud, hay beneficios dentales adicionales disponibles sin deducible, copago por visita al consultorio ni periodos de espera. Los servicios elegibles se pagan al 100% y no reducirán el máximo anual de tu año de cobertura (si corresponde). 	Incluido	Incluido	Sin periodo de espera
Beneficio por lesiones dentales accidentales <ul style="list-style-type: none"> • Proporciona a los miembros una cobertura del 100% por lesiones accidentales en los dientes hasta el máximo anual del año de cobertura (si corresponde). No se aplican deducibles, copagos por visitas al consultorio, coseguro para miembros ni periodos de espera. 	Incluido	Incluido	Sin periodo de espera
Extensión de beneficios <ul style="list-style-type: none"> • Después de la terminación de la cobertura, los miembros reciben hasta 60 días para completar el tratamiento comenzó antes de la terminación de la cobertura bajo el plan y los servicios elegibles estarán cubiertos. 	Incluido	Incluido	Sin periodo de espera
Programa Dental de Emergencia Internacional <ul style="list-style-type: none"> • Proporciona beneficios dentales de emergencia mientras trabaja o viaja al extranjero de dentistas con licencia que hablan inglés. Los servicios cubiertos elegibles se pagarán al 100% sin deducibles, copago por visita al consultorio, coseguro para miembros ni periodos de espera y no reducirán el máximo anual del año de cobertura para miembros (si corresponde). 	Incluido	Incluido	Sin periodo de espera
Niños Plus <ul style="list-style-type: none"> • Para los miembros hasta los 12 años de edad, los servicios cubiertos, excluyendo los servicios de ortodoncia, reciben el coseguro correspondiente hasta el máximo anual del año de cobertura (si corresponde). No se aplican deducibles, copagos por visita al consultorio ni periodos de espera. Se aplican todas las demás limitaciones y exclusiones de beneficios. Para obtener detalles adicionales sobre la cobertura, consulte su póliza. 	No incluido	No incluido	No aplicable

Limitaciones y exclusiones adicionales

A continuación se muestra una lista parcial de los servicios no cubiertos por su plan dental. Consulte su póliza para obtener una lista completa.

Servicios prestados antes o después del plazo de esta cobertura : servicios recibidos antes de su fecha de entrada en vigencia o después de que finalice su cobertura, a menos que se especifique lo contrario en el certificado del plan dental

Ortodoncia (a menos que esté incluida como parte de los beneficios de su plan dental), incluidos aparatos ortopédicos, aparatos y todos los servicios relacionados

Odontología cosmética (a menos que esté incluida como parte de los beneficios de su plan dental) proporcionada por dentistas únicamente con el propósito de mejorar la apariencia del diente cuando la estructura y la función del diente son satisfactorias y no existen afecciones patológicas (caries)

Drogas y medicamentos que incluyen sedación consciente intravenosa, sedación intravenosa y anestesia general cuando se realiza con atención dental no quirúrgica

Analgesia, agentes analgésicos y óxido nítrico, inyecciones de medicamentos terapéuticos, medicamentos o medicamentos para atención dental quirúrgica o no quirúrgica, excepto que la sedación consciente intravenosa es elegible como un beneficio separado cuando se realiza junto con servicios quirúrgicos complejos.

Los períodos de espera para los servicios de endodoncia, periodoncia y cirugía oral pueden diferir de otros servicios básicos o servicios mayores bajo el mismo plan dental. Allí no hay período de espera para el reemplazo de dientes perdidos congénitamente o dientes extraídos antes de la cobertura de este plan.

Esto no es un contrato; es una lista parcial de beneficios y servicios. Todos los servicios cubiertos están sujetos a las condiciones, limitaciones, exclusiones, términos y disposiciones de su póliza. **En caso de discrepancia entre la información de este resumen y la política, prevalecerá su política.**

Anthem Blue Cross and Blue Shield es el nombre comercial de Anthem HealthChoice HMO, Inc. Licenciario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Anthem es una marca registrada de Anthem Insurance Companies, Inc.

ID de cita: 17339129

Página 3 de 3