

ESTE RESUMEN CUBRE OPCIONES DENTALES QUE SE DISCUTEN EN LA PÁGINA 6. Por favor note las exclusiones y limitaciones importantes en las páginas 11-12. Puede cortar estas páginas por las líneas perforadas y hacer copias para sus empleados si tiene cobertura dental añadida a sus beneficios. Este resumen está impreso en inglés de un lado y en español del otro; las versiones en chino y coreano están disponibles en www.bluecrossca.com - si necesita asistencia pregunte a su agente o llame al Servicio al Cliente al (800) 627-8797.



Blue Cross of California (BCC) es un plan de servicio de atención médica regulado por el Departamento de Atención Médica Administrada

Opciones de Planes Dentales

BC Life & Health (BCL&H) es una compañía de seguro regulada por el Departamento de Seguros



Nota:
El Plan de Beneficios Dentales está incluido con el Plan de Beneficios de Hospital Preferidos.

| | Plan de Beneficios Dentales Cobertura PPO ofrecida por BCL&H | | Plan Dental Net* Cobertura HMO ofrecida por BCC | |
|---|--|-----------------|--|-----------------|
| | El PLAN paga las cantidades indicadas | | El MIEMBRO paga las cantidades indicadas | |
| | Dentro de la red | Fuera de la red | Dentro de la red | Fuera de la red |
| Máximo anual que el Plan paga | \$500 | | Ilimitado | |
| Deducible anual <i>El miembro debe pagar primero esta cantidad antes de que comiencen los beneficios</i> | \$25 No se cobra el deducible para procedimientos preventivos y diagnósticos dentro de la red | | Ninguno | |
| Servicios preventivos y diagnósticos | | | | |
| Limpieza dental - Adulto | 100% | \$39 | Sin cargo | No cubierto |
| Limpieza dental - Niño | | \$30 | | |
| Flúor con limpieza para el niño | | \$35 | | |
| Exámenes bucales | | | | |
| Examen bucal periódico | 100% | \$18 | Sin cargo | No cubierto |
| Examen bucal completo | | \$25 | | |
| Radiografías | | | | |
| Intraoral - serie s completas | 100% | \$60 | Sin cargo | No cubierto |
| Radiografía de la mordida - una placa | | \$16 | | |
| Servicios menores | | | | |
| Empastes - Amalgama (dos superficies) | 80% | \$55 | \$16 | No cubierto |
| Empastes - Resina (dos superficies) | | | | |
| Cirugía bucal | | | | |
| Extracción - Diente impactado, óseo completo | No cubierto | | \$85 | No cubierto |
| Servicios de endodoncia | | | | |
| Tratamiento de conducto radicular - molar | No cubierto | | \$120 | No cubierto |
| Servicios de periodoncia | | | | |
| Raspado (alisado radicular) | No cubierto | | \$34 | No cubierto |
| Prótesis removibles | | | | |
| Dentaduras postizas - Completa (maxilar) | No cubierto | | \$280 | No cubierto |
| Prótesis fijas | | | | |
| Coronas - porcelana (metal noble alto) | No cubierto | | \$190 | No cubierto |
| Ortodoncia | | | | |
| Adulto (de 18 años en adelante) | No cubierto | | \$1,850 | No cubierto |
| Niño (hasta los 17 años) | | | \$1,450 | |

*Estos copagos sólo se aplican cuando los servicios son proporcionados por un dentista participante. Los servicios especializados proporcionados por un dentista especialista se incluyen en un esquema separado en su Documento de Evidencia de Cobertura y Revelación de Información/Certificado.

Esta es sólo una perspectiva general; para obtener una descripción completa de la cobertura, la frecuencia y las limitaciones de los beneficios consulte el Documento de Evidencia de Cobertura y Revelación de Información/Certificado.