

Resumen de beneficios de BluePreferred Dental

Plan 7P: 25/2000



An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

ESTRUCTURA DE BENEFICIOS DEL PLAN				
Beneficio máximo por afiliado, por año calendario ¹ Todos los servicios, excepto los servicios Tipo I, se consideran para el máximo.			\$2,000	
Deducible anual ¹ No se aplica el deducible a los servicios Tipo I.				
Individual			\$25	
Familiar			\$75	
Categoría de beneficios	En la red		Fuera de la red	
	El plan paga	Usted paga	El plan paga	Usted paga
Tipo I	100%	0%	100%	0%
Los servicios Tipo I no se consideran para el máximo de beneficios del año calendario No se aplica el deducible				
Tipo II	90%	10%	90%	10%
Después de alcanzar el deducible				
Tipo III	60%	40%	60%	40%
Después de alcanzar el deducible Puede aplicar un período de espera de 12 meses				
Tipo IV	Para conocer los beneficios de ortodoncia, de haberlos, consulte el resumen separado de beneficios de ortodoncia. La ortodoncia está sujeta a ciertas limitaciones adicionales.			

Servicios Tipo I cubiertos¹

Revisiones bucales	Dos al año ² en cualquier combinación de revisiones periódicas, limitadas o completas
Profilaxis: limpiezas	Dos al año. Los procedimientos de mantención periodontal Tipo II, de haberlos, se consideran para este máximo de dos limpiezas
Radiografías de mordida ³	Una serie por año
Radiografías periapicales ³	Una serie por año
Radiografías panorámicas ³	Una por período de cinco años
Fluoruro tópico	Hasta los 18 de edad, una por año
Selladores dentales	Hasta los 15 años de edad, sólo para molares y premolares permanentes, una aplicación por período de tres años
Mantenedores de espacio	Hasta los 15 años de edad

Servicios Tipo II cubiertos¹

Obturaciones con amalgama o resinas compuestas	Una por período de dos años, por pieza dental
Tratamiento paliativo de emergencia	Cubierto en caso de tratamientos de emergencia para el dolor de muelas
Endodoncia: terapia pulpar	Un tratamiento por pieza dental, por período de dos años
Periodoncia: intervención no quirúrgica	Un tratamiento por período de dos años. Los procedimientos periodontales de mantención no se incluyen en este límite, pero se consideran para el límite correspondiente a las profilaxis; no se cubren a menos que les preceda un tratamiento periodontal activo.
Aparatos bucales para el tratamiento del bruxismo	Cubierto

Servicios Tipo III cubiertos¹

Prostodoncia: puentes y dentaduras postizas	Límite de reemplazo de cinco años
Cirugía bucal	Cobertura limitada
Anestesia general	Cobertura limitada según los criterios de cobertura dental de BCBSAZ ⁴
Endodoncia: conductos radiculares	Un tratamiento por pieza dental, por período de dos años
Coronas, incrustaciones tipo "inlay" e incrustaciones tipo "onlay"	Límite de reemplazo de cinco años
Periodoncia: intervención quirúrgica	Un procedimiento por período de tres años

¹ Sólo la cantidad o monto permitido, ya que se basa en el tratamiento disponible menos costoso (LEAT) (y no en los cargos facturados), si corresponde, se considera para satisfacer el deducible. Sólo la parte correspondiente a la cantidad o monto permitido de BCBSAZ se considera para el máximo de beneficios del año calendario. Los servicios por un monto superior al límite de los beneficios, o que sean prestados después de que usted haya alcanzado el máximo de beneficios del año calendario, no están cubiertos.

² Todos los beneficios "por año" se refieren a un año calendario.

³ Cualquier combinación de radiografías con la misma fecha de factura de un tratamiento no puede exceder la cantidad o monto permitido del beneficio para radiografías panorámicas.

⁴ Los criterios de cobertura dental de BCBSAZ pueden obtenerse previa solicitud. No todos los servicios necesarios desde un punto de vista dental son beneficios cubiertos

Resumen de beneficios de BluePreferred Dental

Plan 7P: 25/2000

Proveedores de la red	Los proveedores dentales "de la red" han firmado un contrato con Blue Cross Blue Shield of Arizona (BCBSAZ) o con un proveedor dental independiente de la red de BCBSAZ. Los proveedores de la red aceptan las tarifas negociadas como la totalidad del pago de los servicios dentales cubiertos, y presentarán las reclamaciones de los afiliados a BCBSAZ. Los afiliados normalmente realizan desembolsos más bajos cuando usan proveedores de la red.																												
Proveedores fuera de la red	<p>Los proveedores dentales "fuera de la red" no han firmado un contrato con Blue Cross Blue Shield of Arizona (BCBSAZ) ni con un proveedor dental independiente de la red de BCBSAZ. Los proveedores fuera de la red fijan sus propias tarifas, pueden cobrar a los afiliados hasta el total de los cargos facturados, y no están obligados a presentar las reclamaciones de los afiliados.</p> <p>En el caso de los proveedores fuera de la red localizados en Arizona, BCBSAZ reembolsa al afiliado conforme al monto establecido en la lista de precios de la red o en el cargo facturado real del odontólogo, lo que sea menor. Si el proveedor se localiza fuera de Arizona, el reembolso se basa en los cargos facturados o en la lista de precios del proveedor dental independiente de la red, lo que sea menor.</p> <p>El reembolso de los servicios de restauración prestados por proveedores de la red y proveedores fuera de la red también está sujeto al análisis del tratamiento disponible menos costoso (LEAT), según se explica a continuación.</p>																												
Ejemplo	<p>El siguiente ejemplo muestra la forma en que puede ahorrar dinero al utilizar proveedores de la red. Este ejemplo supone que:</p> <ul style="list-style-type: none">• usted ya ha alcanzado su deducible anual• tiene un coseguro del 90% para proveedores de la red• tiene un coseguro del 90% para proveedores fuera de la red• el cargo facturado por su odontólogo es de \$150• la tarifa fijada para la red de BCBSAZ es de \$100• el análisis del tratamiento disponible menos costoso (LEAT) (ver la descripción abajo) no se aplica <table border="0"><thead><tr><th colspan="2"><u>In-Network Provider</u></th><th colspan="2"><u>Out-Of-Network Provider</u></th></tr></thead><tbody><tr><td>Cargo facturado</td><td>\$150</td><td>Cargo facturado</td><td>\$150</td></tr><tr><td>Tarifa de red de BCBSAZ</td><td>\$100</td><td>Tarifa de la red de BCBSAZ</td><td>\$100</td></tr><tr><td>BCBSAZ paga (90% x \$100)</td><td>\$90</td><td>BCBSAZ paga (90% x \$100)</td><td>\$90</td></tr><tr><td>Usted paga (10% x \$100)</td><td>\$10</td><td>Usted paga (10% x \$100)</td><td>\$10</td></tr><tr><td></td><td></td><td>Más la diferencia del cargo facturado</td><td>\$50</td></tr><tr><td><i>Su desembolso:</i></td><td>\$10</td><td><i>Su desembolso:</i></td><td>\$60</td></tr></tbody></table> <p>Aunque sus gastos reales pueden variar, en este ejemplo usted habría ahorrado \$50 al usar un proveedor de la red. El ejemplo anterior no muestra cómo el análisis del tratamiento disponible menos costoso (LEAT) habría afectado el costo compartido.</p>	<u>In-Network Provider</u>		<u>Out-Of-Network Provider</u>		Cargo facturado	\$150	Cargo facturado	\$150	Tarifa de red de BCBSAZ	\$100	Tarifa de la red de BCBSAZ	\$100	BCBSAZ paga (90% x \$100)	\$90	BCBSAZ paga (90% x \$100)	\$90	Usted paga (10% x \$100)	\$10	Usted paga (10% x \$100)	\$10			Más la diferencia del cargo facturado	\$50	<i>Su desembolso:</i>	\$10	<i>Su desembolso:</i>	\$60
<u>In-Network Provider</u>		<u>Out-Of-Network Provider</u>																											
Cargo facturado	\$150	Cargo facturado	\$150																										
Tarifa de red de BCBSAZ	\$100	Tarifa de la red de BCBSAZ	\$100																										
BCBSAZ paga (90% x \$100)	\$90	BCBSAZ paga (90% x \$100)	\$90																										
Usted paga (10% x \$100)	\$10	Usted paga (10% x \$100)	\$10																										
		Más la diferencia del cargo facturado	\$50																										
<i>Su desembolso:</i>	\$10	<i>Su desembolso:</i>	\$60																										
Tratamiento disponible menos costoso (LEAT)	Es posible que existan varios métodos para tratar una enfermedad dental específica. Todas las reclamaciones de servicios de restauración, incluidas las obturaciones y las coronas, están sujetas al análisis del tratamiento disponible menos costoso (LEAT). Los beneficios de ciertos procedimientos de restauración se limitarán únicamente al LEAT. Para estos procedimientos, BCBSAZ sólo pagará los beneficios hasta la tarifa del LEAT. Usted puede optar por un servicio cubierto que sea más costoso que el LEAT, pero será responsable del pago del costo compartido según la tarifa del LEAT. Además, tendrá que pagar la diferencia entre la tarifa del LEAT y el tratamiento más costoso ("saldo del LEAT"). Todos los pagos del saldo del LEAT que haga no serán considerados para el deducible.																												
Determinación previa opcional	Si su odontólogo le ha recomendado algunos servicios y a usted le preocupa la cobertura o los costos, su odontólogo puede llamar a BCBSAZ y solicitar un presupuesto anterior al tratamiento, conocido como "determinación previa". BCBSAZ evaluará el tratamiento propuesto por el odontólogo y le enviará al odontólogo información que explicará los servicios cubiertos y el desembolso estimado que usted tendría que realizar para esos servicios. Una determinación previa puede ayudarlo a entender mejor lo que tendrá cobertura y el monto que usted deberá pagar.																												
Períodos de espera	Un período de espera es un plazo específico de tiempo en que usted no tendrá cobertura para un tipo de servicio bajo su plan. Pueden aplicar períodos de espera. Consulte los criterios de cobertura de su empleador para conocer los detalles. Si no está seguro de si aplica o no un período de espera a un servicio que necesita, puede llamar al Servicio al Cliente de BCBSAZ.																												

EXCLUSIONS AND GENERAL LIMITATIONS

NOTWITHSTANDING ANY OTHER PROVISION IN THIS BENEFIT PLAN, NO BENEFITS WILL BE PAID FOR EXPENSES ASSOCIATED WITH THE FOLLOWING:

- Odontología alternativa: terapias, intervenciones, servicios y procedimientos alternativos o no tradicionales; odontología naturopática y homeopática; terapias dietéticas; terapias nutricionales o de estilo de vida
- Aparatos, procedimientos, dispositivos y servicios necesarios para modificar la dimensión vertical o para restaurar una oclusión
- Protectores bucales para deportes: incluidos pero no limitados a los procedimientos y servicios necesarios para fabricar o crear estos protectores bucales
- Control del comportamiento, de cualquier tipo
- Exclusiones y servicios específicos de los beneficios que excedan las limitaciones que aparecen listadas en este folleto bajo beneficios particulares
- Sustancias biológicas que ayuden a la regeneración de tejidos
- Blanqueamiento de cualquier tipo, tanto interno como externo
- Arte corporal, perforaciones y tatuajes: servicios asociados con perforaciones corporales, implantes cosméticos, arte corporal, tatuajes y todas las complicaciones relacionadas
- Cargos asociados con la preparación, reproducción o producción de registros de salud
- Complicaciones de servicios no cubiertos: complicaciones y consecuencias, ya sean inmediatas o tardías, que surjan de cualquier enfermedad o servicio no cubierto por este plan
- Tomografías computarizadas (por ejemplo, tomografías de haz cónico)
- Corrección de malformaciones congénitas, salvo que sean requeridas por las leyes estatales para los recién nacidos, los niños adoptados y los niños dados en adopción
- Servicios cosméticos y cualquier complicación relacionada: cirugía y cualquier complicación, procedimiento, tratamiento, visitas al consultorio, consultas y otros servicios relacionados que tengan fines cosméticos
- Orientación: orientación y servicios de modificación de la conducta
- Servicios ordenados por un tribunal: exámenes, tratamientos o terapias ordenadas por un tribunal, salvo que dichos servicios estén cubiertos por este plan de beneficios según lo dispuesto por BCBSAZ
- Sedación profunda y anestesia general, con las excepciones que se establezcan en este plan
- Implantes dentales y cualquier servicio relacionado, y cualquier servicio o tratamiento para tratar las complicaciones que surjan de ellos
- Microabrasión del esmalte
- Gastos por servicios que excedan los límites de los beneficios
- Servicios en fase de investigación o de experimentación
- Cargos: cargos por procedimientos complementarios no específicos, por informe
- Cargos: cargos que no sean por servicios directos, en persona y adecuados desde un punto de vista dental del afiliado
- Servicios gratuitos: servicios que usted reciba sin costo o por los que no tenga la obligación legal de pagar
- Restauración de láminas de oro
- Servicios gubernamentales: servicios proporcionados en forma gratuita al afiliado a través de un programa o en un establecimiento gubernamental
- Servicios prestados en establecimientos de atención hospitalaria o ambulatoria: todos los cargos de un establecimiento asociados con los servicios profesionales cubiertos prestados en un establecimiento de atención hospitalaria o ambulatoria
- Servicios de laboratorio y de patología
- Carillas dentales
- Anestesia local, anestesia por bloqueo regional y anestesia por bloqueo de rama del nervio trigémino
- Antibióticos administrados en forma local
- Servicios de prostodoncia y de restauración mayor llevados a cabo en una pieza dental que no sea permanente
- Servicios protéticos maxilofaciales y cualquier servicio relacionado
- Medicamentos dispensados en el consultorio de un odontólogo: medicamentos de venta con receta y sin receta, incluidas las muestras farmacéuticas del fabricante dispensadas al paciente en el consultorio del odontólogo, sin importar su modo de administración. Esto no incluye medicamentos inyectables elegibles que sean administrados en el consultorio del odontólogo
- Servicios que no sean necesarios desde un punto de vista dental: servicios que no sean necesarios desde un punto de vista dental según lo determine BCBSAZ. Es posible que BCBSAZ no pueda determinar la necesidad dental antes de que se presten los servicios
- Gas de óxido nitroso, sedación consciente intravenosa u oral, ansiolíticos o analgésicos intramusculares u orales
- Protecciones oclusales para el tratamiento del síndrome de la articulación temporomandibular o de la apnea del sueño, incluidos pero no limitados a los procedimientos y servicios necesarios para fabricar o crear dichas protecciones bucales
- Consultas con fines de observación, durante las cuales no se presten servicios
- Servicios de ortodoncia y las extracciones de piezas dentales relacionadas con esos servicios, a menos que estén específicamente cubiertos por una cláusula adicional del contrato y que aparezcan como servicios cubiertos en la lista de prestaciones del afiliado
- Artículos de venta libre: medicamentos, dispositivos, equipo y suministros que pueden obtenerse en forma legal sin una receta médica
- Artículos de confort personal: servicios cuyo objetivo principal es brindar asistencia en la vida diaria, socialización, comodidad personal, conveniencia y otros fines de índole no médica
- Pruebas de detección: cualquier prueba, incluidas las pruebas genéticas y cromosómicas, realizada en una persona que no ha sido diagnosticada ni presenta signos o síntomas agudos de la condición o enfermedad para la cual se realiza la prueba, independientemente de que tenga antecedentes familiares o presente otros factores de riesgo de dicha condición o enfermedad, con las excepciones que se establezcan en este plan
- Servicios y suministros que no sean proporcionados por un odontólogo, salvo la profilaxis dental y el alisado radicular realizados por un higienista dental certificado bajo la supervisión y dirección de un odontólogo
- Servicios para la intolerancia ambiental idiopática: servicios asociados con la intolerancia ambiental originada por causas desconocidas (idiopática), quimiosensibilidad múltiple y el diagnóstico o tratamiento de enfermedades medioambientales (ecología clínica), como la quimiosensibilidad o toxicidad producto de la exposición a contaminantes atmosféricos o ambientales, pesticidas o herbicidas
- Servicios prestados por un miembro de la familia: los servicios que son prestados por un proveedor elegible pero que es miembro de su familia inmediata. "Familia inmediata" se refiere a sus padres, hermanos, hijos, padrastros, hijastros, cónyuge, abuelos, nietos y cualquier persona emparentada con usted por matrimonio en el mismo grado que cualquiera de los individuos mencionados. Cuando un proveedor también sea la persona afiliada, los servicios que se preste a sí mismo quedan asimismo excluidos de la cobertura
- Servicios de proveedores no elegibles
- Servicios pagados por otras organizaciones: servicios pagados habitualmente por un empleador (por ejemplo: evaluaciones ergonómicas o del lugar de trabajo), el gobierno, una escuela, fuentes industriales de dispositivos dentales o farmacéuticos u otros individuos y organizaciones
- Servicios previos a la fecha de entrada en vigencia del plan
- Servicios prestados después de la fecha de término de la cobertura del afiliado
- Servicios relacionados o asociados con los servicios no cubiertos
- Injertos de piel
- Consultas telefónicas y electrónicas
- Terapia o tratamiento del síndrome de la articulación temporomandibular, cirugía ortognática o aumento del hueso alveolar
- Capacitación y educación
- Transporte: servicios de transporte y gastos de viaje
- Indemnización por accidentes de trabajo: enfermedades o lesiones cubiertas por la indemnización para accidentes de trabajo, salvo que el afiliado esté excluido de dicha cobertura o haya optado legalmente por hacerlo

ESTE ES SÓLO UN BREVE RESUMEN DEL PLAN DE BENEFICIOS. EN EL FOLLETO DEL PLAN DE BENEFICIOS, DISPONIBLE PREVIA SOLICITUD ANTES DE AFILIARSE, SE INCLUYE UNA LISTA COMPLETA DE TODOS LOS BENEFICIOS, LIMITACIONES Y EXCLUSIONES. SI LOS BENEFICIOS EN ESTE RESUMEN DIFIEREN DE LOS QUE SE DETALLAN EN EL FOLLETO DEL PLAN DE BENEFICIOS, REGISTRAN LOS DE ESTE ÚLTIMO.



An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association