

BluePreferred Dental

Individuales y familiares

Plan de resumen de beneficios 1i, 5i y 6i



BlueCross
BlueShield
of Arizona

An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

Blue Cross Blue Shield of Arizona ofrece tres planes dentales individuales y familiares, desde el Plan básico 1i hasta el Plan 5i y el Plan 6i, que son más integrales. Además de cubrir los mismos beneficios que el Plan 1i, el Plan 5i y el Plan 6i también cubren los servicios Tipo III, lo que incluye coronas, puentes y dentaduras postizas. Use las tablas que aparecen a continuación para seleccionar el mejor plan dental para usted y su familia.

BluePreferred Dental: Plan 1i	
Beneficio máximo por miembro, por año calendario¹ Todos los servicios se consideran para el máximo ¹	\$500
Tarifas mensuales (por miembro)	Menor de 19 años: \$14.87 19 años o más: \$18.13
Deducible anual¹ (por miembro)	\$50 (No se aplica el deducible a los servicios Tipo I).
Servicios Tipo I cubiertos Servicios preventivos y de diagnóstico	Dentro de la red: Sin cargo Fuera de la red: Usted paga 20 %
Servicios Tipo II cubiertos: período de espera de 6 meses Servicios de restauración básica Se aplica el procesamiento del tratamiento disponible menos costoso (LEAT)	Dentro de la red: Usted paga 20 % una vez alcanzado el deducible Fuera de la red: Usted paga 40 % una vez alcanzado el deducible
Servicios Tipo III cubiertos Servicios de restauración mayor y coronas	Los servicios Tipo III no están cubiertos por el Plan 1i
Características adicionales	N/C

BluePreferred Dental: Plan 5i	
Beneficio máximo por miembro, por año calendario¹ Todos los servicios se consideran para el máximo ¹	\$1,000
Tarifas mensuales (por miembro)	Menor de 19 años: \$26.50 19 años o más: \$32.32
Deducible anual¹ (por miembro)	\$50 (No se aplica el deducible a los servicios Tipo I).
Servicios Tipo I cubiertos Servicios preventivos y de diagnóstico	Dentro de la red: Sin cargo Fuera de la red: Usted paga 20 %
Servicios Tipo II cubiertos: período de espera de 6 meses Servicios de restauración básica Se aplica el procesamiento del tratamiento disponible menos costoso (LEAT)	Dentro de la red: Usted paga 20 % una vez alcanzado el deducible Fuera de la red: Usted paga 40 % una vez alcanzado el deducible
Servicios Tipo III cubiertos: período de espera de 12 meses Servicios de restauración mayor y coronas Se aplica el procesamiento del tratamiento disponible menos costoso (LEAT)	Dentro de la red: Usted paga 50 % una vez alcanzado el deducible Fuera de la red: Usted paga 60 % una vez alcanzado el deducible
Características adicionales	Provisión de remanente máximo y prevención +1

BluePreferred Dental: Plan 6i	
Beneficio máximo por miembro, por año calendario¹ Todos los servicios se consideran para el máximo ¹	\$1,500
Tarifas mensuales (por miembro)	Menor de 19 años: \$28.79 19 años o más: \$35.11
Deducible anual¹ (por miembro)	\$50 (No se aplica el deducible a los servicios Tipo I).
Servicios Tipo I cubiertos Servicios preventivos y de diagnóstico	Dentro de la red: Sin cargo Fuera de la red: Usted paga 20 %
Servicios Tipo II cubiertos: período de espera de 6 meses Servicios de restauración básica Se aplica el procesamiento del tratamiento disponible menos costoso (LEAT)	Dentro de la red: Usted paga 20 % una vez alcanzado el deducible Fuera de la red: Usted paga 40 % una vez alcanzado el deducible
Servicios Tipo III cubiertos: período de espera de 12 meses Servicios de restauración mayor y coronas Se aplica el procesamiento del tratamiento disponible menos costoso (LEAT)	Dentro de la red: Usted paga 50 % una vez alcanzado el deducible Fuera de la red: Usted paga 60 % una vez alcanzado el deducible
Características adicionales	Provisión de remanente máximo y prevención +1

¹ Solo la cantidad permitida, ya que se basa en el tratamiento disponible menos costoso (Least Expensive Available Treatment, LEAT) (y no en los cargos facturados), si corresponde, se considera para satisfacer el deducible. Solo la parte correspondiente a BCBSAZ de la cantidad permitida se considera para el máximo de beneficios del año calendario. Los servicios por una cantidad 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.

Servicios de Tipo I cubiertos: servicios preventivos y de diagnóstico¹

Revisiones bucales	Dos al año ² en cualquier combinación de revisiones periódicas, limitadas o completas
Profilaxis: limpiezas	Dos al año: los procedimientos de mantenimiento periodontal Tipo III, de haberlos y si están cubiertos, se consideran para este máximo de dos limpiezas
Radiografías de mordida³	Una serie por año
Radiografías periapicales³	Cuatro películas por año
Radiografías panorámicas³	Una por período de cinco años
Fluoruro tópico	Hasta los 18 años de edad, una aplicación por año
Selladores dentales	Hasta los 15 años de edad, solo para molares y premolares permanentes, una aplicación por período de tres años
Mantenedores de espacio	Hasta los 15 años de edad

Servicios Tipo II cubiertos: servicios de restauración básica (período de espera de 6 meses)¹

Obturaciones con amalgama	Un tratamiento por diente en un período de dos años (el límite se basa en obturaciones con amalgamas y resinas compuestas combinadas)
Resinas compuestas: incisivos (dientes delanteros)	Un tratamiento por diente en un período de dos años (el límite se basa en obturaciones con amalgamas y resinas compuestas combinadas)
Resinas compuestas: dientes premolares (todos excepto los delanteros)	Un tratamiento por diente en un período de dos años (el límite se basa en obturaciones con amalgamas y resinas compuestas combinadas); sujeto a procesamiento en función del tratamiento disponible menos costoso (LEAT)
Tratamiento paliativo de emergencia	Cubierto en caso de tratamientos de emergencia para el dolor de muelas

Servicios Tipo III cubiertos: servicios de restauración mayor y coronas (período de espera de 12 meses) No cubiertos en el Plan 1i¹

Las reclamaciones para ciertos servicios Tipo III están sujetas a procesamiento en función del **tratamiento disponible menos costoso (LEAT)**.

Prostodoncia: puentes y dentaduras postizas	Límite de reemplazo de cinco años
Cirugía bucal: extracciones	Cobertura limitada
Extracciones simples	Las extracciones quirúrgicas también están cubiertas en el Tipo III
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
Endodoncia: terapia pulpar	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
Periodoncia: intervención no quirúrgica	Un tratamiento por período de dos años: los procedimientos periodontales de manutención no se incluyen en este límite, pero se consideran para el límite correspondiente a las profilaxis

¹ Solo la cantidad permitida, 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. Solo la parte correspondiente de a BCBSAZ de la cantidad permitida se considera para el máximo de beneficios del año calendario. Los servicios por una cantidad 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 permitida 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.

Tratamiento disponible menos costoso (LEAT)	<p>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 solo 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.</p>																												
Característica de Prevención +1 <i>Disponible para el Plan 5i y el Plan 6i</i>	<p>Los estudios médicos de los últimos años han determinado que existen conexiones más sólidas entre una buena salud bucal y una buena salud general, incluyendo específicamente a las personas con diabetes o mujeres embarazadas en las que la existencia de enfermedades periodontales podría causar complicaciones en ambas situaciones. Estos planes ofrecen cobertura para un procedimiento de limpieza dental adicional y un procedimiento periodontal de mantenimiento por año para los miembros diabéticos o las mujeres embarazadas. El proceso para inscribirse es fácil, y los beneficios extendidos continuarán estando disponibles para los miembros mientras mantengan estas condiciones.</p>																												
Provisión de remanente máximo <i>Disponible para el Plan 5i y el Plan 6i</i>	<p>Estos planes incluyen una disposición que permite a los miembros transferir los beneficios en dinero no utilizados de un año a otro. Hay dos reglas que se deben seguir para ser elegible para recibir beneficios en dinero adicionales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) BCBSAZ debe pagar al menos una reclamación durante un año de beneficios. 2) Las reclamaciones totales pagadas por BCBSAZ durante ese año no exceden los \$500. <p>Si se cumplen ambos criterios, un miembro acumulará un crédito remanente adicional de hasta \$250, por encima del máximo del beneficio anual regular, que estará disponible en los años siguientes. Los miembros pueden continuar acumulando dinero remanente por cada año calendario en el que cumplan con los requisitos de remanente, hasta un máximo de \$1,000 dólares de remanente total a la vez.</p>																												
Proveedores dentro de la red	<p>Los proveedores dentales "dentro 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 dentro 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 dentro de la red.</p>																												
Proveedores fuera de la red	<p>Los proveedores "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 miembros hasta el total de los cargos facturados y no están obligados a presentar las reclamaciones de los miembros.</p> <p>En el caso de los proveedores fuera de la red localizados en Arizona, BCBSAZ reembolsa al miembro conforme a la cantidad establecida en la lista de precios dentro de la red o en el cargo facturado real del odontólogo, lo que sea menor. Si el proveedor se encuentra fuera de Arizona, el reembolso se basa en los cargos facturados o la lista de precios dentro de la red de Arizona con un aumento de 25 %, lo que sea menor.</p> <p>El reembolso de los servicios de restauración prestados por proveedores dentro de la red y proveedores fuera de la red también está sujeto al análisis del tratamiento disponible menos costoso (LEAT), según se explica anteriormente.</p>																												
Ejemplo	<p>El siguiente ejemplo muestra la forma en que puede ahorrar dinero al utilizar proveedores dentro 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 80 % para proveedores dentro de la red • tiene un coseguro del 60 % para proveedores fuera de la red • el cargo facturado por su odontólogo es de \$150 • la tarifa establecida para servicios dentro de la red de BCBSAZ es de \$100 • el análisis del LEAT (ver la descripción más arriba) no se aplica <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; width: 30%;"></th> <th style="text-align: left; width: 30%;">Proveedor dentro de la red</th> <th style="text-align: left; width: 30%;">Proveedor fuera de la red</th> <th style="width: 10%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cargo facturado</td> <td>\$150</td> <td>Cargo facturado</td> <td>\$150</td> </tr> <tr> <td>Tarifa dentro de la red de BCBSAZ</td> <td>\$100</td> <td>Tarifa dentro de la red de BCBSAZ</td> <td>\$100</td> </tr> <tr> <td>BCBSAZ paga (80 % x \$100)</td> <td>\$80</td> <td>BCBSAZ paga (60 % x \$100)</td> <td>\$60</td> </tr> <tr> <td>Usted paga (20 % x \$100)</td> <td>\$20</td> <td>Usted paga (40 % x \$100)</td> <td>\$40</td> </tr> <tr> <td>Su desembolso</td> <td>\$20</td> <td>Más la diferencia del cargo facturado</td> <td>\$50</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Su desembolso</td> <td>\$90</td> </tr> </tbody> </table>		Proveedor dentro de la red	Proveedor fuera de la red		Cargo facturado	\$150	Cargo facturado	\$150	Tarifa dentro de la red de BCBSAZ	\$100	Tarifa dentro de la red de BCBSAZ	\$100	BCBSAZ paga (80 % x \$100)	\$80	BCBSAZ paga (60 % x \$100)	\$60	Usted paga (20 % x \$100)	\$20	Usted paga (40 % x \$100)	\$40	Su desembolso	\$20	Más la diferencia del cargo facturado	\$50			Su desembolso	\$90
	Proveedor dentro de la red	Proveedor fuera de la red																											
Cargo facturado	\$150	Cargo facturado	\$150																										
Tarifa dentro de la red de BCBSAZ	\$100	Tarifa dentro de la red de BCBSAZ	\$100																										
BCBSAZ paga (80 % x \$100)	\$80	BCBSAZ paga (60 % x \$100)	\$60																										
Usted paga (20 % x \$100)	\$20	Usted paga (40 % x \$100)	\$40																										
Su desembolso	\$20	Más la diferencia del cargo facturado	\$50																										
		Su desembolso	\$90																										
Determinación previa opcional	<p>Si su odontólogo le ha recomendado algunos servicios y a usted le preocupan la cobertura o los costos, su odontólogo puede consultar 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.</p>																												
Períodos de espera	<p>Un período de espera es un plazo específico de tiempo en que usted no tendrá cobertura para un tipo de servicio bajo su plan. Los planes dentales individuales de BluePreferred tienen un período de espera de 6 meses para los servicios Tipo II cubiertos y un período de espera de 12 meses para los servicios Tipo III cubiertos. 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.</p>																												

Exclusiones y limitaciones generales

Sin perjuicio de lo dispuesto en este plan de beneficios, ningún beneficio será pagado por gastos asociados con lo siguiente:

TODO LOS PLANES

- Odontología alternativa: terapias, intervenciones, servicios y procedimientos dentales 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 ordenados 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 al miembro
- 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 miembro a través de un programa o en un establecimiento gubernamental
- Servicios prestados en establecimientos de atención para pacientes hospitalizados o para pacientes ambulatorios: todos los cargos de un establecimiento asociados con servicios profesionales cubiertos prestados en un establecimiento de atención para pacientes hospitalizados o para pacientes ambulatorios
- 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 prostéticos 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 hasta después de que se presten los servicios
- Gas de óxido nítrico, sedación consciente intravenosa u oral, ansiolíticos o analgésicos intravenosos, 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
- Aparatos bucales para el tratamiento del bruxismo
- Instrucciones de higiene dental, excepto cuando se proporcionan como una parte integral de un examen bucal de rutina cubierto
- Servicios de ortodoncia y extracciones de piezas dentales relacionadas con esos servicios
- 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
- 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 cubierta, 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 miembro
- 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 autoexcluirse

Plan 1i: Exclusiones adicionales

- Todos los servicios Tipo III: prostodoncia (puentes y dentaduras postizas); cirugía bucal (extracciones); extracciones simples; anestesia general; endodoncia (conductos radiculares y terapia pulpar); coronas, incrustaciones tipo "inlay" e incrustaciones tipo "onlay"; periodoncia (quirúrgica o no)

ESTE ES SOLO UN BREVE RESUMEN DEL PLAN DE BENEFICIOS. EN EL FOLLETO DEL PLAN DE BENEFICIOS SE INCLUYE UNA LISTA COMPLETA DE TODOS LOS BENEFICIOS, LIMITACIONES Y EXCLUSIONES, Y PUEDE SOLICITAR UNA COPIA ANTES DE INSCRIBIRSE. SI LOS BENEFICIOS EN ESTE RESUMEN DIFIEREN DE AQUELLOS DETALLADOS EN EL FOLLETO DEL PLAN DE BENEFICIOS, REGIRÁN LOS DE ESTE ÚLTIMO.