

Resumen de Beneficios

Anthem Dental Essential Choice

Commonwealth of KY: Plan Gold

Anthem Dental Complete Network



¡BIENVENIDO A SU PLAN DENTAL!

Los chequeos dentales periódicos permiten detectar, de manera temprana, signos de advertencia de ciertos problemas de salud, lo que significa que usted obtiene la atención que necesita para mantenerse saludable. Por eso, no escatime en la atención dental, ¡una buena atención bucal puede implicar una mejor salud en general!

Herramientas eficaces y fácilmente accesibles para miembros.

- **Consulte a un higienista:** los miembros de planes dentales simplemente pueden enviar preguntas sobre la salud dental por correo electrónico a un equipo de odontólogos certificados que, a su vez, responderán en aproximadamente 24 horas.
- **Evaluación de riesgos para la salud dental:** queremos que nuestros miembros de planes dentales comprendan mejor su salud bucal y los factores de riesgos de caries, enfermedades de las encías y cáncer bucal. Esta herramienta en línea fácil de usar puede ser útil en este sentido.
- **Calculador de costos de atención dental:** a fin de permitir que nuestros miembros de planes dentales comprendan mejor el costo de su atención dental, ofrecemos acceso a una herramienta fácil de usar, basada en la web, que proporciona estimados de los tratamientos y procedimientos dentales comunes a la hora de utilizar un dentista de la red.
- **Más funcionalidades:** gracias a nuestra última aplicación móvil, Anthem Anywhere, los miembros pueden encontrar un dentista de la red y ver sus reclamaciones. Está disponible para teléfonos Android y Apple.

Dentistas en la red de su plan.

- Usted podrá obtener ahorros cuando visite a un dentista de la red de su plan, ya que Anthem y el dentista han acordado el precio de los servicios cubiertos. Los dentistas que no son parte de nuestra red del plan no han acordado el precio y es posible que le facturen la diferencia entre lo que les paga Anthem y lo que el dentista suele cobrar.
- Para buscar un dentista por nombre o ubicación, visite anthem.com o llame al Servicio de Atención al Cliente de planes dentales al número que figura en el dorso de su tarjeta de identificación.

¿Está listo para utilizar los beneficios dentales?

- Elija un dentista de la red
- Solicite una cita
- Muéstrele al personal del consultorio su tarjeta de identificación del miembro
- Pague cualquier deducible o copago que sea parte de su plan

¿Necesita contactarse con nosotros?

Consulte el dorso de su tarjeta de identificación para saber con quién comunicarse por teléfono, correo postal o correo electrónico.

Resumen de sus beneficios dentales

El siguiente resumen de beneficios describe cómo funciona su plan dental y le brinda una referencia rápida de sus beneficios. Para obtener los detalles completos de la cobertura, consulte su póliza.

	Dentro de la red	Fuera de la red
Beneficio máximo anual · Por persona asegurada	\$1,500	\$1,500
Los servicios preventivos y de diagnóstico (D&P) se aplican al máximo anual	Sí	Sí
Traslación/traspaso máximo anual	Sí/No	Sí/No
Beneficio de ortodoncia máximo de por vida · Por persona asegurada elegible	\$1,500	\$1,500
Deducible anual (no se aplica a los servicios de ortodoncia) · Máximo por persona asegurada/familia	\$50/3 veces el monto individual	\$50/3 veces el monto individual
Sin deducible para los servicios preventivos y de diagnóstico	Sí	Sí
Reembolsos por servicios fuera de la red	Prima (MAC)	

Anthem Blue Cross and Blue Shield es el nombre comercial de Anthem Health Plans of Kentucky, Inc., Licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. © ANTHEM es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc. Los nombres y los símbolos de Blue Cross and Blue Shield son marcas registradas de Blue Cross and Blue Shield Association.

Servicios dentales	Dentro de la red Anthem paga:	Fuera de la red Anthem paga:	Periodo de espera
Servicios preventivos y de diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> Examen oral periódico 2 cada 12 meses Limpieza dental (profilaxis) 2 cada 12 meses; con mantenimiento periodontal Radiografías de aleta de mordida: 1 juego cada 12 meses Radiografías de boca completa o panorámicas: 1 cada 60 meses Aplicación de flúor: 1 cada 12 meses; hasta los 18 años de edad Selladores 1 cada 60 meses; hasta los 18 años de edad 	Coseguro del 100%	Coseguro del 100% de monto permitido**	Sin periodo de espera
Servicios básicos <ul style="list-style-type: none"> Consultas (segunda opinión) 1 cada 12 meses Separador 1 de por vida hasta los 18 años de edad; dientes posteriores Empastes de amalgama (de color plateado) 1 por diente cada 24 meses Empastes de composite (del color de los dientes) 1 por diente cada 24 meses empastes posteriores (traseros), cubiertos como empastes de composite Biopsia con cepillo (prueba de cáncer) Con cobertura, 1 cada 12 meses; todas las edades 	Coseguro del 80%	Coseguro del 80% de monto permitido**	Sin periodo de espera
Endodoncia (no quirúrgica) <ul style="list-style-type: none"> Nuevos tratamientos y tratamiento de conducto 1 por diente de por vida 	Coseguro del 50%	Coseguro del 50% de monto permitido**	Sin periodo de espera
Endodoncia (quirúrgica) <ul style="list-style-type: none"> Apicectomía y apexificación 1 por diente de por vida 	Coseguro del 50%	Coseguro del 50% de monto permitido**	Sin periodo de espera
Periodoncia (no quirúrgica) <ul style="list-style-type: none"> Mantenimiento periodontal 4 cada 12 meses; con limpieza dental Raspado y alisado radicular 1 por cuadrante cada 24 meses 	Coseguro del 50%	Coseguro del 50% de monto permitido**	Sin periodo de espera
Periodoncia (quirúrgica) 1 por cuadrante cada 36 meses <ul style="list-style-type: none"> Cirugía periodontal (cirugía ósea, gingivectomía, procedimientos de injerto) 	Coseguro del 50%	Coseguro del 50% de monto permitido**	Sin periodo de espera
Cirugía maxilofacial (simple) <ul style="list-style-type: none"> Extracciones simples 1 por diente de por vida 	Coseguro del 80%	Coseguro del 80% de monto permitido**	Sin periodo de espera
Cirugía maxilofacial (compleja) <ul style="list-style-type: none"> Extracciones quirúrgicas 1 por diente de por vida 	Coseguro del 50%	Coseguro del 50% de monto permitido**	Sin periodo de espera
Servicios superiores (de restauración) y prostodoncia <ul style="list-style-type: none"> Coronas (porcelana), revestimientos, dentaduras postizas y puentes 1 por diente cada 84 meses Implantes dentales Con cobertura, 1 por diente cada 84 meses Blanqueamiento dental cosmético Sin cobertura 	Coseguro del 50%	Coseguro del 50% de monto permitido**	Sin periodo de espera
Reparaciones y ajustes de prostodoncia <ul style="list-style-type: none"> Reparaciones de corona, dentadura postiza y puente 1 cada 12 meses; 6 meses después de la colocación Ajustes de dentadura postiza y puente 2 cada 12 meses; 6 meses después de la colocación 	Coseguro del 50%	Coseguro del 50% de monto permitido**	Sin periodo de espera
Servicios de ortodoncia <ul style="list-style-type: none"> Hijos dependientes solamente* 	Coseguro del 50%	Coseguro del 50% de monto permitido**	Sin periodos de espera

*La cobertura de ortodoncia para niños comienza a los 8 años de edad y se prolonga hasta los 18 años de edad. Esto quiere decir que las bandas se deben haber colocado al niño entre los 8 y los 19 años de edad para que reciba cobertura.

**La diferencia en el monto cobrado y el monto permitido fuera de la red pueden dar como resultado la facturación del saldo.

Anthem Blue Cross and Blue Shield es el nombre comercial de Anthem Health Plans of Kentucky, Inc., Licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. © ANTHEM es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc. Los nombres y los símbolos de Blue Cross and Blue Shield son marcas registradas de Blue Cross and Blue Shield Association.

Programas y servicios adicionales

Anthem Whole Health Connection - Dental

- Para miembros con ciertas afecciones médicas, hay beneficios dentales adicionales disponibles sin un deducible o periodos de espera. Los servicios elegibles se pagan al 100% y no reducirán su máximo anual por año de cobertura (si corresponde).

Beneficio por lesiones dentales accidentales

- Brinda una cobertura del 100% a los miembros que sufren lesiones accidentales en los dientes hasta alcanzar el máximo anual por año de cobertura (si corresponde). No se aplican deducibles, coseguro del miembro o periodos de espera.

Extensión de beneficios

- Después del cese de la cobertura, los miembros tienen hasta 60 días para completar el tratamiento iniciado antes del cese de la cobertura conforme al plan, y los servicios elegibles tendrán cobertura.

Programa de atención dental internacional de emergencia

- Ofrece beneficios dentales de emergencia de dentistas certificados angloparlantes durante el trabajo o viajes en el exterior. Los servicios cubiertos elegibles se pagarán al 100% sin deducibles, coseguro del miembro o periodos de espera, y no reducirán el máximo anual por año de cobertura del miembro (si corresponde).

Exclusiones y limitaciones adicionales

A continuación, se encuentra una lista parcial de los servicios que no están cubiertos por su plan dental. Consulte su póliza para ver una lista completa.

Servicios prestados antes o después del periodo de esta cobertura. Servicios que recibió antes de la fecha de entrada en vigencia o después de finalizada la cobertura, a menos que se especifique lo contrario en el certificado del plan dental.

Ortodoncia (a menos que se incluya como parte de los beneficios de su plan dental). Se incluyen frenos, aparatos ortodónticos y todos los servicios relacionados.

Odontología cosmética (a menos que se incluya como parte de los beneficios de su plan dental). Servicios brindados por dentistas con el único propósito de mejorar la apariencia del diente si la estructura y funcionalidad del diente son satisfactorias y no existen afecciones patológicas (caries).

Fármacos y medicamentos. Se incluyen la sedación consciente intravenosa, la sedación IV y la anestesia general cuando se administran con atención dental no quirúrgica.

Analgesia, agentes analgésicos, óxido nitroso para ansiólisis, inyecciones de medicamentos terapéuticos, fármacos o medicamentos utilizados para atención dental quirúrgica o no quirúrgica, a menos que la sedación consciente intravenosa sea elegible como beneficio separado cuando se administra en conjunto con servicios quirúrgicos complejos.

Extracciones de terceros molares (muelas de juicio) que no presenten ningún síntoma patológico o afecten la salud bucal del miembro.

Los periodos de espera para los servicios de endodoncia, de periodoncia y de cirugía maxilofacial pueden ser diferentes a los de otros servicios básicos o servicios superiores que se encuentren dentro del mismo plan dental. Hay un periodo de espera de 24 meses para el reemplazo de dientes por ausencia congénita o de dientes extraídos antes de que comenzara la cobertura de este plan.

El presente documento no es un contrato; es un listado parcial de beneficios y servicios. Todos los servicios cubiertos están sujetos a las condiciones, las limitaciones, las exclusiones, los términos y las disposiciones del certificado de cobertura. Si existieran diferencias entre la información presente en este resumen y el certificado de cobertura, prevalecerá el certificado.