

# Resumen de beneficios



## Plan DentalChoice 4

Para grupos de 26 a 99 empleados afiliados



An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

[azblue.com](http://azblue.com)

# Plan DentalChoice 4: para grupos de 26 a 99 empleados afiliados

Alternativas de proveedor: los desembolsos del afiliado diferirán dependiendo del tipo de proveedor seleccionado.

<b>Proveedores de DentalChoice</b>	Proveedores que han acordado aceptar el monto permitido por BCBSAZ para los servicios cubiertos y que presentarán reclamos ante BCBSAZ en nombre de los afiliados.
<b>Proveedores no contratados</b>	Proveedores que no tienen ningún convenio con BCBSAZ. Los afiliados deberán realizar desembolsos más altos, y los proveedores no contratados no están obligados a presentar reclamos en nombre de los afiliados. <b>Además de cualquier coseguro y deducible aplicables, los proveedores no contratados siempre pueden cobrar a los afiliados la diferencia entre los cargos facturados y el monto permitido por BCBSAZ.</b>

Los proveedores participantes son contratistas independientes con criterio médico propio. No son empleados, agentes ni representantes de BCBSAZ. BCBSAZ no tiene ningún control sobre los diagnósticos, tratamientos o servicios prestados por los proveedores.

## Resumen de beneficios

Resumen de beneficios	
<b>Deducible</b> El deducible debe ser pagado por todos los servicios cubiertos, salvo que se indique otra cosa.	Deducible por año calendario, por persona: <b>\$25</b> ; deducible máximo por familia: <b>\$75</b>
<b>Coseguro†</b> Porcentaje que los afiliados deben pagar por los servicios cubiertos una vez que alcanzan el deducible máximo por año calendario.	<b>Los coseguros se basan en los montos permitidos por BCBSAZ.</b> Estos montos generalmente se calculan utilizando el menor de los cargos facturados o la lista de precios correspondiente de BCBSAZ, incluyendo cualquier acuerdo contractual.
<b>Beneficio máximo anual</b>	<b>\$1,500</b> por persona, por año calendario
<b>Servicios de prevención y diagnóstico</b>	BCBSAZ paga el <b>100%</b> , el afiliado paga el <b>0%</b> del monto permitido por BCBSAZ, <b>deducible no aplicable.</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Exámenes orales: dos (2) por año calendario</li><li>• Tratamientos con flúor (hasta la edad de 19 años): dos (2) por año calendario</li><li>• Rayos X<ul style="list-style-type: none"><li>• Periapicales: una serie por año calendario</li><li>• De mordida: una serie por año calendario</li><li>• Panorámicos: una radiografía por año calendario</li><li>• Completos: una serie cada dos años calendario</li></ul></li><li>• Profilaxis (limpieza): dos (2) por año calendario</li><li>• Selladores dentales</li></ul>
<b>Restauración de rutina</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Obturaciones con amalgama</li><li>• Obturaciones con resinas compuestas</li></ul>	BCBSAZ paga el <b>80%</b> , el afiliado paga el <b>20%</b> del monto permitido por BCBSAZ, después de pagar el deducible.
<b>Servicios de endodoncia</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Tratamiento de conductos</li><li>• Terapia pulpar</li></ul>	BCBSAZ paga el <b>80%</b> , el afiliado paga el <b>20%</b> del monto permitido por BCBSAZ, después de pagar el deducible.
<b>Cirugía oral</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Extracciones</li><li>• Tratamientos de fracturas de la mandíbula</li></ul>	BCBSAZ paga el <b>80%</b> , el afiliado paga el <b>20%</b> del monto permitido por BCBSAZ, después de pagar el deducible.
<b>Servicios de periodoncia</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Tratamiento de enfermedades de las encías y de los tejidos de soporte de la boca</li></ul>	BCBSAZ paga el <b>80%</b> , el afiliado paga el <b>20%</b> del monto permitido por BCBSAZ, después de pagar el deducible.
<b>Servicios de restauración mayor</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Coronas</li><li>• Incrustaciones tipo "onlay"</li></ul>	BCBSAZ paga el <b>50%</b> , el afiliado paga el <b>50%</b> del monto permitido por BCBSAZ, después de pagar el deducible.
<b>Servicios de prostodoncia</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Puentes</li><li>• Dentaduras postizas</li></ul>	BCBSAZ paga el <b>50%</b> , el afiliado paga el <b>50%</b> del monto permitido por BCBSAZ, después de pagar el deducible.
<b>Servicios de ortodoncia</b> (cobertura opcional)	<b>BCBSAZ paga el 50%, el afiliado paga el 50% del monto permitido por BCBSAZ, después de pagar el deducible.</b> <b>Máximo vitalicio por contrato de US\$1,000 por hijo cubierto.</b> Nota: Se debe mantener una postulación activa mientras el niño esté cubierto por este plan de beneficios y hasta antes de que cumpla 19 años de edad. La cláusula adicional de ortodoncia se limita a grupos de 26 empleados o más, y aplica a los hijos dependientes menores de 19 años.

† Además de cualquier coseguro y deducible aplicable, los proveedores no contratados pueden cobrar a los afiliados la diferencia entre los cargos facturados y la cantidad o monto permitido por BCBSAZ.

Cuando exista otra fuente de pago, tal como un seguro de responsabilidad civil o un pagador gubernamental, los proveedores pueden tener derecho a cobrar de esa fuente o del importe recibido de ella, cualquier diferencia entre sus cargos facturados y el monto permitido por BCBSAZ.

## Información importante:

- Para que los servicios sean cubiertos por este plan de beneficios, BCBSAZ debe considerar que dichos servicios son necesarios desde un punto de vista dental, de acuerdo a criterios específicos que puede obtener si los solicita.
- Los montos permitidos por BCBSAZ se calculan utilizando los cargos facturados o la lista de precios correspondiente de BCBSAZ, incluido cualquier acuerdo contractual, lo que sea menor. Los coseguros se basan en los montos permitidos por BCBSAZ para los servicios cubiertos.

## Exclusiones y Limitaciones

Los siguientes servicios y suministros no están cubiertos por su plan de beneficios DentalChoice:

**SIN PERJUICIO DE LO DISPUESTO EN ESTE PLAN DE BENEFICIOS, NINGÚN BENEFICIO SERÁ PAGADO POR GASTOS ASOCIADOS CON LO SIGUIENTE:**

- Actividades terapéuticas
- Odontología alternativa, terapias dentales no tradicionales o alternativas. Por ejemplo, intervenciones, servicios o procedimientos no aceptados comúnmente como parte de las prácticas y currículos dentales; la naturoterapia y la homeopatía; las terapias para adelgazar; las terapias de nutrición o estilo de vida, y la aromaterapia
- Aparatos, procedimientos, dispositivos y servicios necesarios para aumentar la dimensión vertical o restaurar una oclusión
- Protecciones bucales para deportes: todos los procedimientos y servicios necesarios para fabricar o crear estas protecciones bucales
- Control del comportamiento, de cualquier tipo
- Blanqueamiento de cualquier tipo, tanto interno como externo
- Complicaciones producto de perforaciones (piercing) y tatuajes en el cuerpo
- Complicaciones de beneficios no cubiertos
- Servicios cosméticos: cirugía, procedimientos, tratamientos y visitas al consultorio y otros tratamientos relacionados con servicios cosméticos
- 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
- Costos pagados por otras organizaciones: costos y servicios usualmente pagados por un empleador, el gobierno, fuentes industriales de dispositivos biotécnicos, farmacéuticos o médicos, u otras personas u organizaciones
- Asesoramiento de cualquier tipo, como el asesoramiento nutricional para el control de las enfermedades dentales, el asesoramiento para dejar de fumar con el fin de controlar o prevenir enfermedades bucales o dar instrucciones de higiene dental
- Servicios ordenados por un tribunal: exámenes, tratamientos o terapias, salvo que tales servicios estén cubiertos por este plan de beneficios de acuerdo a lo dispuesto por BCBSAZ
- Implantes o transferencias dentales y cualquier servicio relacionado
- Servicios dentales que no estén aprobados por la Asociación Dental Estadounidense o que sean considerados en fase de experimentación o de investigación
- Microabrasión del esmalte
- Medicina ambiental
- Cargos que no sean para tratamientos, exámenes, servicios, medicamentos, suministros o equipos necesarios desde un punto de vista dental o que no sean entregados al paciente en forma directa y personal
- Anestesia general o sedación profunda
- Análisis o exámenes genéticos y cromosómicos
- Restauración de láminas de oro
- Servicios gubernamentales: servicios que se ofrezcan a través de un programa gubernamental de salud
- Incrustaciones tipo “inlay” de cualquier clase
- Servicios prestados por un centro asistencial a pacientes hospitalizados y externos: todos los servicios relacionados con la visita al centro asistencial de profesionales suscritos, por ejemplo, los cargos de un anestesiólogo o los cargos por reconocimiento
- Tratamientos, procedimientos, equipos, medicamentos, dispositivos o suministros en fase de investigación de acuerdo a lo dispuesto por BCBSAZ
- Servicios de prostodoncia y de restauración mayor llevados a cabo en una pieza dental que no sea permanente
- Medicamentos dispensados en el consultorio de un dentista: medicamentos de venta con receta y sin receta, incluidas las muestras farmacéuticas del fabricante que se puedan entregar al paciente en el consultorio del dentista, sin importar su modo de administración. Esto no incluye medicamentos inyectables elegibles que sean administrados en el consultorio del dentista
- Servicios que, de acuerdo a lo dispuesto por BCBSAZ, no sean necesarios desde un punto de vista dental. Nota: Es posible que BCBSAZ no pueda determinar la necesidad dental antes de que los servicios sean prestados
- Gas de óxido nitroso, sedación consciente y otras analgesias
- Protecciones oclusales para el tratamiento del síndrome de la articulación temporomandibular
- Servicios de ortodoncia y las extracciones de piezas dentales relacionadas con esos servicios, salvo que estén específicamente cubiertos por este plan de beneficios y aparezcan dentro de los servicios cubiertos de la lista de las prestaciones dentales que el plan cubre
- Artículos de venta sin receta: cualquier medicamento, dispositivo, equipo o suministro que de acuerdo a la ley pueda ser obtenido sin una receta
- Artículos de confort personal
- Pruebas de detección, salvo que se indique otra cosa en el plan de beneficios
- Servicios y suministros que no sean proporcionados por un dentista, salvo profilaxis dental y alisado radicular realizado por un higienista dental certificado bajo la supervisión y dirección de un dentista
- Servicios por los cuales no tenga obligación legal de pagar
- Servicios proporcionados por un miembro de su familia: los servicios prestados por un proveedor que es elegible pero que es miembro de su familia inmediata. Miembros de su “familia inmediata” son: su cónyuge, sus hijos, sus hermanas, sus hermanos, su padre y su madre. Cuando un proveedor también está afiliado, los servicios que se preste a sí mismo quedan también excluidos de la cobertura
- Servicios que no requieren un profesional con licencia
- Servicios de proveedores no elegibles
- Servicios prestados por un departamento médico o dental mantenido por o en representación de cualquier empleador, asociación de beneficio mutuo, sindicato, fideicomisario o persona o grupo similar
- Servicios o suministros prestados antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura o después de su vencimiento
- Servicios o suministros relacionados con un servicio o suministro no cubierto
- Servicios sin orden o receta: servicios y suministros para los cuales, de acuerdo a este plan de beneficios, se necesita una orden o receta y que no son prescritos por un dentista u otro proveedor con licencia para prescribir
- Consultas telefónicas o electrónicas
- Terapia o tratamiento del síndrome de la articulación temporomandibular, cirugía ortognática, vestibuloplastia o aumento del hueso alveolar
- Entrenamiento y educación, incluso asesoramiento nutricional para el control de las enfermedades dentales, asesoramiento para dejar de fumar con el fin de controlar o prevenir las enfermedades bucales, y dar instrucciones de higiene dental
- Transporte: servicios o suministros de transporte
- Indemnización por accidentes de trabajo: servicios para una enfermedad o lesión cubierta por la indemnización por accidentes de trabajo o beneficios similares, salvo que el afiliado esté excluido de dicha cobertura o haya optado legalmente por hacerlo

**NOTA:** Este es sólo un 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 afiliarse. Si los beneficios de este resumen difieren de aquellos detallados en el folleto del plan de beneficios, regirán los de este último.



An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association