



Esta información solo ofrece un resumen de los beneficios de esta cobertura dental. Consulte el Certificado de beneficios y servicios médicos para obtener más información sobre los beneficios. Los deducibles, el coaseguro y el máximo del período de beneficios que se muestran a continuación están sujetos a cambios según lo permita la legislación aplicable.

Resumen de beneficios dentales

| Fundamentos del programa | Dentista contratado | Dentista no contratado* |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Máximo del período de beneficios | \$1,000 | |
| Deducible | \$50 por asegurado/\$150 por familia | \$50 por asegurado/\$150 por familia |
| Servicios incluidos | | |
| Evaluaciones diagnósticas Evaluaciones bucales periódicas Evaluaciones bucales enfocadas en problemas Evaluaciones bucales integrales | 0% (no se aplica el deducible) | 0% (no se aplica el deducible) |
| Servicios preventivos Profilaxis (limpiezas) Aplicaciones tópicas de fluoruro | 0% (no se aplica el deducible) | 0% (no se aplica el deducible) |
| Radiografías de diagnóstico Radiografías panorámicas y de boca completa Radiografías de aleta de mordida Radiografías periapicales | 0% (no se aplica el deducible) | 0% (no se aplica el deducible) |
| Otros servicios preventivos Selladores Mantenedores de espacios | 20% | 20% |
| Servicios básicos de restauración Amalgamas Restauraciones con compuesto de resina | 20% | 20% |
| Extracciones no quirúrgicas Extracción de restos retenidos de coronas Extracción de un diente brotado o de una raíz expuesta | 20% | 20% |
| Servicios de periodoncia no quirúrgica Raspado y alisado radicular periodontal Desbridamiento de toda la boca Procedimientos de mantenimiento periodontal | 20% | 20% |
| Servicios complementarios Tratamiento paliativo (emergencia) Sedación profunda / anestesia general | 20% | 20% |
| Servicios de endodoncia Pulpotomía terapéutica y desbridamiento pulpar Tratamiento de conducto Apexificación/recalcificación | 50% | 50% |

Servicios incluidos (continuación)

| | | |
|--|-----|-----|
| Servicios de intervención bucal Extracciones dentales quirúrgicas Alveoloplastia y vestibuloplastia Extirpación de un tumor o quiste odontogénico benigno Escisión de tejido óseo Incisión y drenaje de un absceso intraoral | 50% | 50% |
| Servicios de periodoncia quirúrgica Gingivectomía o gingivoplastia y procedimientos de colgajo gingival Alargamiento clínico de corona Cirugía ósea Injertos óseos Injertos de tejidos blandos/aloinjerto Procedimiento de cuña distal o proximal | 50% | 50% |
| Servicios especiales de restauración Restauraciones de una sola corona Restauraciones con incrustación/sobreincrustación Restauraciones de carillas labiales Coronas colocadas sobre implantes | 50% | 50% |
| Servicios de prostodoncia Dentaduras parciales completas y removibles Procedimientos de revestimiento/rebase de prótesis dentales Puentes fijos Prótesis colocadas sobre implantes | 50% | 50% |
| Otros servicios de restauración y prostodoncia Coronas prefabricadas Recementaciones Reparación de postes y núcleos, retención de pernos y coronas/puentes Ajustes | 50% | 50% |

Servicios de ortodoncia

| | | |
|---|---------------|--|
| Servicios de ortodoncia Tratamiento y procedimientos de diagnóstico de ortodoncia: Máximo de por vida por participante | Sin cobertura | |
|---|---------------|--|

Los implantes dentales no están incluidos en la cobertura.

Lo anterior es una lista de servicios comunes disponibles a través de su red de dentistas contratados.

La parte del costo que le corresponde al asegurado se determina en función de si recibe la atención de un dentista contratado o no.

**** Todos los beneficios se basan en la cantidad permitida, que es la cantidad máxima determinada por BCBSNM para ser elegible para el pago de los servicios médicos. Un dentista contratado no puede facturar el saldo de los cargos que superen esta cantidad permitida. Los beneficios por servicios incluidos en la cobertura prestados por un dentista no contratado se basarán en la misma cantidad permitida, y es probable que un dentista no contratado facture el saldo por cantidades superiores a esta, por lo que los gastos de bolsillo serán más altos.**

Esta cobertura incluye BlueCare Dental Enhanced BenefitSM. Enhanced Benefit ofrece beneficios dentales adicionales, como una limpieza adicional para los asegurados con problemas de salud específicos. Consulte el *Certificado de beneficios y servicios médicos* para obtener más información sobre los beneficios.

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico, a Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association