Anthem BlueCross BlueShield

Plan Anthem Dental Family Enhanced

Individuos y grupos pequeños

Una buena salud comienza con una boca saludable[1]
Una buena salud dental y las visitas de rutina al dentista te darán más que una sonrisa saludable. Los problemas de la boca pueden afectar, y por lo general afectan, al resto del cuerpo. Los exámenes dentales pueden detectar unas 120 afecciones médicas, por lo cual son extremadamente importantes para tu salud general.

Este resumen de beneficios detalla los elementos básicos del plan Anthem Dental Family y te proporciona una referencia rápida de los montos de deducibles, coseguros, exclusiones y limitaciones relacionados con los servicios cubiertos brindados por un proveedor dental participante. Consulta el certificado del plan para obtener una explicación más completa de los servicios específicos que cubre el plan.

RESUMEN DE BENEFICIOS DENTALES PEDIÁTRICOS:

Los siguientes beneficios están disponibles para los miembros pediátricos y hasta la edad de 20 años. Después de alcanzar el deducible anual, Anthem pagará los servicios dentales según los montos de coseguro enumerados hasta el cargo máximo permitido para cada servicio cubierto según lo determine Anthem. Sin embargo, pueden existir diferentes niveles de coseguro, según si decides recibir servicios de un dentista participante (dentro de la red) o no participante (fuera de la red).

Año de cobertura	**Año calendario**
Límite de edad del asegurado	**Final del mes en que el asegurado cumple 21 años**
Deducible anual (por asegurado; se aplica a todos los servicios)	**$25**
Períodos de espera	**Doce meses por servicios cosméticos de ortodoncia**

SERVICIOS DENTALES (ejemplos de qué cubre y qué no cubre el plan):	**DENTRO DE LA RED** Anthem paga lo siguiente:	**FUERA DE LA RED** Anthem paga lo siguiente:
Monto máximo del beneficio anual	Sin máximo	Sin máximo
Gastos máximos anuales de bolsillo	$350/$700 por familia[2]	No corresponde
Servicios preventivos y de diagnóstico, por ejemplo: • Examen oral periódico • Limpieza de dientes • Radiografías interproximales	100 %	80 %
Servicios básicos, por ejemplo: • Empastes de amalgama (de color plateado) • Empastes frontales de resina compuesta (del color de los dientes) • Empastes posteriores (traseros) de resina compuesta, cubiertos con asignación de amalgama	80 %	60 %
Servicios de endodoncia, por ejemplo: • Tratamiento de conducto	80 %	50 %
Servicios de periodoncia, por ejemplo: • Pulido y raspado de raíces	80 %	50 %
Servicios de cirugía bucal	80 %	50 %
Servicios de mayor complejidad, por ejemplo: • Coronas	50 %	50 %
Servicios de prostodoncia, por ejemplo: • Dentaduras postizas y puentes	50 %	50 %
Servicios de ortodoncia cosmética y dentalmente necesaria[3]	50 %	50 %
Máximo de por vida para servicios de ortodoncia dentalmente necesaria	Sin máximo	Sin máximo
Máximo de por vida para servicios cosméticos de ortodoncia	$1,000	$1,000

[1] Según una investigación, los signos y síntomas de unas 120 afecciones médicas se pueden detectar primero mediante un examen de la boca, la garganta y el cuello, y una detección temprana significa un tratamiento temprano. (Fuente: *Oral Diagnosis, Oral Medicine and Treatment Planning*, 1994, S. Bricker, R. Langlais, C. Miller).
[2] El gasto máximo de bolsillo se aplica solamente si en la familia hay dos o más hijos; no se aplica el gasto máximo de bolsillo para los hijos que reciban servicios fuera de la red.
[3] La cobertura de ortodoncia comienza a los ocho años de edad. Esto quiere decir que se deben colocar las piezas de ortodoncia después de los ocho años para recibir cobertura.

Anthem BlueCross BlueShield

RESUMEN DE BENEFICIOS DENTALES PARA ADULTOS:

Los siguientes beneficios están disponibles para los miembros adultos que tienen 20 años de edad o más. Después de alcanzar el deducible, Anthem pagará los servicios dentales según los montos de coseguro enumerados hasta el cargo máximo permitido para cada servicio cubierto. Anthem determina el cargo máximo permitido para cada procedimiento dental. Sin embargo, pueden existir diferentes niveles de coseguro, según si decides recibir servicios de un dentista participante (dentro de la red) o no participante (fuera de la red).

Año de cobertura	**Año calendario**
Deducible anual (por asegurado; se aplica a todos los servicios)	**$50**
Períodos de espera	• **Ninguno para los servicios preventivos y de diagnóstico** • **Seis meses para servicios básicos** • **Doce meses para los demás servicios**

SERVICIOS DENTALES (ejemplos de qué cubre y qué no cubre el plan):	**DENTRO DE LA RED** Anthem paga lo siguiente:	**FUERA DE LA RED** Anthem paga lo siguiente:
Monto máximo del beneficio anual	$1,000	$1,000
Gastos máximos anuales de bolsillo	No corresponde	No corresponde
Servicios preventivos y de diagnóstico, por ejemplo: • Examen oral periódico • Limpieza de dientes • Radiografías interproximales	100 %	50 %
Servicios básicos **Empastes, por ejemplo:** • Amalgama (de color plateado) • Empastes frontales de resina compuesta (del color de los dientes) • Empastes posteriores de resina compuesta, cubiertos con asignación de amalgama	80 %	40 %
Servicios de endodoncia, por ejemplo: • Tratamiento de conducto	50 %	25 %
Servicios de periodoncia, por ejemplo: • Pulido y raspado de raíces	50 %	25 %
Servicios de cirugía bucal	50 %	25 %
Servicios de mayor complejidad, por ejemplo: • Coronas	50 %	25 %
Servicios de prostodoncia, por ejemplo: • Dentaduras postizas y puentes	50 %	25 %
Servicios de ortodoncia	Sin cobertura	Sin cobertura

Esto no es un contrato, sino una lista parcial de los 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 de este resumen y el certificado de cobertura, prevalecerá el certificado.**

Los proveedores dentales dentro de la red que se mencionan en esta comunicación son proveedores contratados en forma independiente que utilizan su criterio profesional independiente. No son agentes ni empleados de Anthem Blue Cross Blue Shield.

Anthem Blue Cross and Blue Shield es el nombre comercial de Anthem Insurance Companies, 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 y Blue Shield son marcas registradas de Blue Cross and Blue Shield Association.
07/2015

Anthem BlueCross BlueShield

Elección de dentistas
Si bien tu plan dental te permite elegir cualquier dentista, es posible que termines pagando más por un servicio si consultas a un dentista fuera de la red. ¿Por qué? Los dentistas dentro de la red han aceptado las tasas de pagos para varios servicios y no pueden cobrarte más. Por otro lado, los dentistas fuera de la red no tienen contrato con nosotros y pueden facturarte la diferencia entre el monto total que permitimos que se pague por un servicio (denominado "monto máximo permitido") y el monto que cobran normalmente por ese servicio. Cuando te facturan esa diferencia, se denomina "facturación de saldo".

De qué manera Anthem Dental decide los montos máximos permitidos
Anthem desarrolla tarifas/programas de tarifas por servicios dentales fuera de la red para determinar el costo máximo permitido por los servicios prestados por un dentista fuera de la red. Este programa puede cambiarse o actualizarse de acuerdo con aspectos como sumas de reembolso aceptadas por los dentistas que tienen contratos con nuestros planes dentales u otros datos de utilización y costos de la industria.

A continuación, presentamos un ejemplo de los costos más altos para nuestros servicios dentales fuera de la red
Este es solo un ejemplo. Es posible que tu experiencia sea diferente, según tu plan de seguro, los servicios que recibes y el dentista que brinda los servicios.

Ted, un adulto de 28 años, obtiene una corona de un dentista fuera de la red, que le cobra $1,200 por el servicio y le factura a Anthem esa cantidad. El cargo máximo permitido de Anthem por este servicio dental es de $800. Esto significa que habrá una diferencia de $400, que el dentista puede cobrarle a Ted.

Debido a que Ted también deberá pagar un coseguro de $600, le pagará al dentista fuera de la red un total de $1,000. A continuación, te explicaremos la operación matemática:

- Cargo del dentista: $1,200
- Monto máximo permitido de Anthem: $800
- Anthem paga el 25 %: $200
- Ted paga el 75 % (coseguro): **$600**
- Saldo que Ted le debe al proveedor: $1,200 - $800 = **$400**
- Costo total de Ted: **$600** de coseguro + **$400** de saldo del proveedor = **$1,000**

En el ejemplo, si Ted hubiese acudido a un dentista dentro de la red, su costo sería únicamente de $400 de coseguro, porque no le cobrarían la diferencia del "saldo de facturación" de $400 y Anthem pagaría un coseguro más alto (50 %).

Tratamiento dental de emergencia para el viajero internacional
Como miembros de Anthem Dental, tú y tus dependientes cubiertos y elegibles tienen acceso automático al International Emergency Dental Program.** Con este programa, pueden recibir atención de emergencia dental de nuestra lista de dentistas acreditados cuando se encuentren de viaje o trabajando en cualquier parte del mundo.
** DeCare Dental, una compañía independiente que ofrece servicios de gestión dental a Anthem, administra el International Emergency Dental Program.

Es fácil encontrar un dentista.
Para seleccionar un dentista por nombre o ubicación:
• Visita anthem.com/mydentalvision. • Comunícate con el Servicio de Atención al Cliente de Anthem Dental.

PARA COMUNICARTE CON NOSOTROS:

Llama	Escribe
Marca el número gratuito que se encuentra en el reverso de la tarjeta de identificación del plan para comunicarte con un representante de atención al cliente ubicado en los EE. UU. durante el horario de atención normal. ¿Necesitas llamar fuera del horario de atención? También podemos ayudarte con nuestro sistema interactivo de respuesta de voz.	Consulta la dirección en el reverso de tu tarjeta de identificación del miembro.

Anthem no discrimina basándose en raza, color, etnia, nacionalidad, religión, edad, sexo, género, identidad de género, discapacidades físicas o mentales, orientación sexual, información genética (incluido el embarazo o la expectativa de vida), discapacidad actual o probable, grado de dependencia médica, calidad de vida u otra afección médica o estado de salud para la administración del plan (incluida la inscripción, las prácticas de mercadeo, los diseños de beneficios y las determinaciones de beneficios).

Anthem Blue Cross and Blue Shield es el nombre comercial de Anthem Insurance Companies, 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 y Blue Shield son marcas registradas de Blue Cross and Blue Shield Association.
07/2015

Anthem BlueCross BlueShield

Limitaciones y exclusiones (beneficios pediátricos)

Limitaciones: a continuación, hay una lista parcial de las limitaciones del plan dental. Consulta el certificado de cobertura para obtener la lista completa.

Servicios de diagnóstico y preventivos
Evaluaciones orales (exámenes): Limitadas a dos por período de 12 meses.
Limpieza dental (profilaxis): Limitada a dos por año calendario.
Radiografías interproximales: Limitadas a cuatro películas por período de 12 meses.
Radiografías seriadas completas (panorámicas o de toda la boca): Limitadas a una por período de 12 meses, por miembro y por proveedor.
Selladores: Se cubren 1 vez cada 4 años por diente para los primeros y segundos molares permanentes.
Separadores: Se cubren dos veces por período de 12 meses.

Servicios básicos
Empastes: Están cubiertos una vez cada 24 meses por superficie dental.
Extracciones: Extracción simple de dientes.

Otros servicios/servicios de mayor complejidad
Coronas permanentes: Se cubren si el diente ha perdido gran parte de su estructura natural. **Tratamiento de conducto**: La cobertura es solo para dientes permanentes.
Extracciones quirúrgicas: La extracción de dientes impactados está cubierta solo cuando existe evidencia de patología.

Servicios de ortodoncia
Servicios de ortodoncia dentalmente necesaria: Limitado a un tratamiento por miembro de por vida únicamente para servicios de ortodoncia dentalmente necesaria; para que la atención de ortodoncia sea considerada dentalmente necesaria, se debe cumplir alguno de los siguientes criterios:
a. Existe un espacio entre dientes adyacentes que interfiere con las funciones de mordida.
b. Existe una sobremordida de forma que los dientes anteriores inferiores afectan el paladar de la boca del niño al morder.
c. La posición de la mandíbula o de los dientes afecta la masticación o la mordida.
d. Según un índice de gravedad relativo a la ortodoncia objetivo reconocido a nivel profesional, la afección obtiene un puntaje acorde con la necesidad de atención de ortodoncia.
e. Sobre la base de una evaluación comparable de los puntos “a” a “d”, existe un problema relativo a la ortodoncia general que interfiere con la mordida.

Exclusiones: a continuación, hay una lista parcial de los servicios no cubiertos. Consulta el certificado de cobertura para obtener la lista completa.

Servicios provistos antes o después del término de esta cobertura: Los servicios que recibiste antes de la fecha de entrada en vigor o después de finalizada la cobertura, a menos que se especifique lo contrario en el certificado del plan dental.
Odontología estética: Servicios prestados 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: Sedación consciente intravenosa, sedación intravenosa y anestesia general cuando se administran con atención dental no quirúrgica; analgesia, agentes analgésicos, óxido nitroso para ansiolisis, inyecciones de medicamentos terapéuticos, fármacos o medicamentos utilizados para atención dental quirúrgica o no quirúrgica.

Limitaciones y exclusiones (beneficios para adultos)

Limitaciones: a continuación, hay una lista parcial de las limitaciones del plan dental. Consulta el certificado de cobertura para obtener la lista completa.

Servicios de diagnóstico y preventivos
Evaluaciones orales (exámenes): Limitadas a dos por año calendario.
Limpieza dental (profilaxis): Limitada a dos por año calendario.
Radiografías interproximales: Limitadas a una serie de películas por período de 24 meses.
Radiografías del extremo radicular: Limitadas a cuatro películas simples por período de 12 meses.
Radiografía oclusal: Cobertura de dos series por período de 24 meses.
Radiografías seriadas completas (panorámicas o de toda la boca): Limitadas a una serie período de 60 meses.

Servicios básicos
Empastes: El reemplazo de un empaste está cubierto solo si tiene defectos, como evidencia de caries o fractura. Limitados a un servicio cada 24 meses por superficie dental.
Extracciones básicas: Extracción de restos de coronas (fragmentos retenidos de la corona del diente) en dientes primarios; extracción de diente erupcionado o con raíz expuesta.
Biopsia con cepillo: Limitada a una vez por período de 36 meses por miembro de 20 a 39 años; cubierta una vez por período de 12 meses por miembro de 40 años o más.

Otros servicios/servicios de mayor complejidad
Coronas: Limitadas a una vez por diente por período de siete años.
Prostodoncia fija (puentes): Cubierta una vez por período de siete años.
Prostodoncia extraíble (dentaduras postizas y dentaduras postizas parciales): Cubierta una vez por período de siete años.
Tratamiento de conducto: Limitado a una vez de por vida por diente. La cobertura es solo para dientes permanentes.
Raspado periodontal y alisado radicular: Limitado a una vez por cuadrante cada 36 meses cuando la bolsa periodontal tiene una profundidad de cuatro milímetros o más.
Cirugía periodontal: Limitada a un servicio complejo por diente individual o cuadrante cada 36 meses. Se brinda únicamente si la profundidad de la bolsa periodontal es de cinco milímetros o más.

Exclusiones: a continuación, hay una lista parcial de los servicios no cubiertos. Consulta el certificado de cobertura para obtener la lista completa.

Servicios brindados antes o después del término de esta cobertura: Los servicios que recibiste antes de la fecha de entrada en vigor o después de finalizada la cobertura, a menos que se especifique lo contrario en el certificado del plan dental.
Servicios de ortodoncia: Aparatos de ortodoncia, dispositivos y otros servicios relacionados, ya sean dentalmente necesarios o con fines cosméticos.
Odontología estética: Servicios prestados 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: Sedación consciente intravenosa, sedación intravenosa y anestesia general cuando se administran con atención dental no quirúrgica; analgesia, agentes analgésicos, óxido nitroso para ansiolisis, 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: Extracción quirúrgica de terceros molares asintomáticos y no patológicos.

Anthem Blue Cross and Blue Shield es el nombre comercial de Anthem Insurance Companies, 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 y Blue Shield son marcas registradas de Blue Cross and Blue Shield Association.
07/2015