



Una buena salud comienza con una boca saludable¹

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 Pediatric y te proporciona una referencia rápida de los deducibles, montos de 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.

Plan Anthem Dental Pediatric Individuos y grupos pequeños

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)	\$50
Períodos de espera	Ninguno

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: <ul style="list-style-type: none"> Examen oral periódico Limpieza de dientes Radiografías interproximales 	100 %	70 %
Servicios básicos, por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> Empastes de resina compuesta (del color de los dientes) en dientes anteriores (frontales) Empaste de amalgama (de color plateado) en dientes posteriores (traseros) Empastes posteriores (traseros) de resina compuesta, cubiertos con asignación de amalgama 	60 %	50 %
Servicios de endodoncia, por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> Tratamiento de conducto 	50 %	50 %
Servicios de periodoncia, por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> Pulido y raspado de raíces 	50 %	50 %
Servicios de cirugía bucal	50 %	50 %
Servicios de mayor complejidad, por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> Coronas 	50 %	50 %
Servicios de prostodoncia, por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> Dentaduras postizas y puentes 	50 %	50 %
Servicios de ortodoncia dentalmente necesaria³	50 %	50 %
Máximo de por vida para servicios de ortodoncia dentalmente necesaria	Sin máximo	Sin máximo

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.

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 consigue una corona de acero inoxidable de un dentista fuera de la red, que le cobra \$1,200 por el servicio y 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 \$400, le pagará al dentista fuera de la red un total de \$800. A continuación, te explicaremos la operación matemática:

- Cargo del dentista: \$1,200
- Monto máximo permitido de Anthem: \$800
- Anthem paga el 50 %: \$400
- Ted paga el 50 % (coseguro): **\$400**
- Saldo que Ted le debe al proveedor: \$1,200 - \$800 = **\$400**
- Costo total de Ted: \$400 de coseguro + \$400 de saldo del proveedor = **\$800**

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 el “saldo de facturación” de \$400.

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
Llama al número de teléfono gratuito que se encuentra en el reverso de la tarjeta de identificación del miembro 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.

Limitaciones y exclusiones

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 dentalmente necesaria

Limitados 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.

Servicios cosméticos de ortodoncia: Aparatos de ortodoncia, frenos y todos los servicios relacionados que no se consideran dentalmente necesarios.

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 ansiólisis, inyección de medicamentos terapéuticos, fármacos o medicamentos utilizados para atención dental quirúrgica o no quirúrgica.

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 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).