

## Texas Operators Association

Vigencia: 1/1/2022 - 31/12/2022

**Esta es una lista de los servicios comunes disponibles a través de la red BlueCare Dental PPO.**

**La porción del costo que le corresponde pagar al Asegurado se determinará considerando si recibe los servicios de un prestador de servicios dentales con contrato o de uno sin contrato.**

Esta información solo es un resumen de este programa. Para obtener más información, consulte el Certificado de beneficios y servicios BlueCare Dental. *Las coberturas Passive PPO ofrecen servicios idénticos tanto para prestadores de servicios dentales "con contrato" como para los prestadores de servicios dentales "sin contrato".*

### RESUMEN DE BENEFICIOS Y SERVICIOS DENTALES

Lo básico del programa	Prestador de servicios dentales con contrato	Prestador de servicios dentales sin contrato Costo razonable/acostumbrado en percentil 90
<b>Período máximo de cobertura: año calendario</b>	\$1,500.00	\$1,500.00
<b>Deducible: año calendario</b>	\$50.00 por persona \$150.00 por familia	\$50.00 por persona \$150.00 por familia
<b>Se permite la transferencia del deducible de los últimos tres meses</b>	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Se aplica el crédito de la aseguradora anterior en favor del deducible</b>	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Servicios</b>		
<b>Servicios diagnósticos (Exento de deducible)</b>		
Exámenes bucales periódicos	100%	100%
Exámenes bucales para tratar problemas específicos		
Exámenes bucales completos		
<b>Servicios preventivos (Exento de deducible)</b>		
Profilaxis (limpiezas)	100%	100%
Aplicaciones tópicas de tratamiento con fluoruro		
<b>Radiografías diagnósticas (Exento de deducible)</b>		
Radiografías panorámicas y de todos los dientes		100%
Radiografías con aleta de mordida		
Radiografías periapicales		
<b>Servicios preventivos misceláneos (Exento de deducible)</b>		
Selladores		100%
Mantenedores de espacio		
<b>Servicios dentales de restauración básicos</b>		
Amalgamas		80%
Restauraciones con compuesto de resina		
<b>Extracciones no quirúrgicas</b>		
Extracciones de remanentes coronales retenidos		80%
Extracciones por erupción de dientes o raíces expuestas		
<b>Servicios periodontales no quirúrgicos</b>		
Raspados periodontales y alisados radiculares		80%
Desbridamiento total de la boca		
Procesos de mantenimiento periodontal		

## **Servicios adicionales**

Tratamientos paliativos (de emergencia)	80%	80%
Sedación profunda / anestesia general		

## **Servicios de endodoncia**

Pulpotomía terapéutica y desbridamiento pulpar	80%	80%
Terapia de conducto radicular		
Apexificaciones / recalcificaciones		

## **Servicios de cirugía oral**

Extracciones dentales quirúrgicas	80%	80%
Alveoplastia y vestibuloplastia		
Extirpación de tumores odontogénicos benignos / quistes		
Extirpación de tejidos óseos		
Incisiones y drenaje de abscesos intrabucales		

## **Servicios periodontales quirúrgicos**

Gingivectomía o gingivoplastia y procedimientos de colgajo gingival		
Alargamiento clínico de coronas		
Cirugía ósea Injertos óseos	80%	80%
Injertos de tejido blando / aloinjertos		
Procedimientos de cuña distal o proximal		

## **Servicios de restauración mayor**

Restauraciones de corona unitaria		
Reconstrucción con incrustaciones y sobreincrustaciones	80%	80%
Restauraciones de carillas labiales		
Coronas colocadas sobre implantes		

## **Servicios de prostodoncia**

Dentadura completa y parcial removible		
Procedimientos de reajustes / rebasados de dentaduras postizas		
Puentes fijos	80%	80%
Prótesis sobre implantes		
Implantes Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

## **Servicios misceláneos de restauración y prostodoncia**

Coronas prefabricadas Recementaciones		
Restauraciones con perno muñón, retención de pernos y coronas / puentes	80%	80%
Ajustes		

## **Ortodoncia (Exento de deducible)**

Tratamientos y procedimientos diagnósticos de ortodoncia:	50%	50%
Adultos elegibles: Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Hijos derechohabientes elegibles Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Edad límite 26		

## **Beneficios máximos de por vida por participante**

\$2,500.00	\$2,500.00
------------	------------

**Asegurado: Coordinación de beneficios**

☒ Se aplica la norma del cumpleaños

Sin duplicación de beneficios (COB):

☐ Sí (todos los beneficios combinados no pueden exceder los beneficios de este programa)

☒ No (estándar - todos los servicios combinados no pueden exceder los costos totales)

Plazo límite para presentar reclamaciones:

☒ Dentro de 365 días de la fecha del servicio

☐ Al final del año siguiente al año del servicio

☐ Dos años después de la fecha del servicio

☐ Otro (explicación de las estipulaciones adicionales en la siguiente sección)

**Estipulaciones adicionales:** Cambios de beneficios estándar a los no estándar (con la aprobación de la comisión revisora de beneficios y servicios [CBSR, en inglés] / Ad hoc) Cambios en la estructura de la cuenta como, por ejemplo, nuevos números de grupo y de sección. También, indicar los cambios en beneficios al tiempo de renovar la cobertura y la fecha de entrada en vigor.

☐ **BlueMax Advantage:** Solo disponible para grupos de más de 151 personas

**Transferencias (Créditos de pago):** ☐ Sí ☒ No: \$ *ingrese la cantidad y los servicios que están siendo transferidos*

**Tiene efecto la Estipulación de dientes perdidos:** ☐ Sí ☒ No (añadir lenguaje contractual a continuación)

**Exclusión para gastos relacionados con el remplazo de dientes faltantes antes de la fecha de inicio del contrato de la cobertura dental.**

**Todos los otros servicios**

- Participantes que hayan tenido cobertura por 24 meses continuos conforme a algún contrato grupal para servicios dentales con BCBSTX o que hayan tenido una combinación de una cobertura de BCBSTX y un contrato de cobertura dental grupal que haya contratado el empleador anteriormente, que incluya beneficios prostéticos.
- Personas con una dentadura parcial o total o puente fijo que incluya el remplazo de un diente faltante que haya sido extraído antes del inicio de la cobertura.

**Servicios dentales adicionales (Enhanced Dental Benefit):** ☒ Sí ☐ No

Enhanced Benefit es un beneficio dental que le permite a los grupos ofrecerles servicios dentales adicionales a sus empleados (o afiliados) con estados de salud específicos, como enfermedades cardiovasculares, diabetes o embarazo. El grupo también debe tener cobertura médica a través de Blue Cross and Blue Shield.

Cobertura para los siguientes servicios:

- Raspados y alisados radiculares
- Mantenimiento periodontal
- Una limpieza adicional

**Se aplica hacia el máximo anual** ☒ Aplica ☐ No aplica

Estipulaciones adicionales para la cobertura de servicios ampliados requieren la aprobación de la División de seguros o la aprobación de

CBSR. Cualquier personalización deber ser anotada en la sección Estipulaciones adicionales.

Disponible a partir del 1/ene/2020:

Los servicios preventivos que se indican a continuación no se aplicarán al máximo anual.

- ☐ Servicios diagnósticos
- ☐ Servicios preventivos
- ☐ Radiografías diagnósticas
- ☐ Servicios preventivos misceláneos

Período de espera en la cobertura: ☒ No o ☐ Sí (el grupo solicitó que se incluya la información a continuación)

**AVISO: Si se aplica un período de espera en la cobertura, el período de espera no se aplica a las coberturas dentales grupales o a las coberturas de grupos transferidos.**

Los asegurados deben tener cobertura continua de esta póliza por [xx] meses antes de ser elegible para recibir los siguientes servicios con cobertura:

- ☐ Cirugía bucal
- ☐ Endodoncia
- ☐ Servicios periodontales no quirúrgicos
- ☐ Servicios periodontales quirúrgicos
- ☐ Servicios de restauración mayor
- ☐ Servicios de prostodoncia
- ☐ Servicios misceláneos de restauración y prostodoncia
- ☐ Ortodoncia

\*Cada vez que necesite atención dental, puede elegir:

Consultar prestadores de servicios dentales contratados	Consultar prestadores de servicios dentales no contratados
<ul style="list-style-type: none"> <li>Por lo general, los gastos de bolsillo serían menores ya que los prestadores de servicios dentales BlueCare acordaron aceptar una Cantidad permitida más baja como pago total por Gastos dentales elegibles.</li> <li>No tiene que presentar reclamaciones.</li> <li>No se le cobra la diferencia por los costos superiores a la Cantidad permitida fijada por BCBSTX para consultar a: Dentistas de BlueCare</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sus gastos de bolsillo podrían ser mayores porque los prestadores de servicios no contratados no tienen contrato con BCBSTX para aceptar cualquier determinación de la Cantidad permitida como pago por los Gastos dentales elegibles.</li> <li>Tiene que presentar reclamaciones.</li> <li>Se le cobra la diferencia por los costos superiores a la Cantidad permitida fijada por BCBSTX.</li> <li>Rembolso a prestadores de servicios dentales no contratados UCR 90th</li> </ul>

#### Información del empleado

- Este es un resumen general de sus beneficios y servicios dentales. Consulte toda la información, limitaciones y exclusiones en el certificado de beneficios y servicios dentales.
- Sujeto a las estipulaciones siguientes:
  - Los hijos derechohabientes tienen cobertura hasta los 26 años. Los hijos derechohabientes con alguna discapacidad podrán tener cobertura después de los 26 años.
  - Período de inscripciones: Los empleados o derechohabientes sin cobertura pueden solicitar cobertura dental hasta 31 días antes de la fecha de aniversario.

En los casos en que el tratamiento sobrepase los \$300, se deberá presentar una solicitud de determinación previa a BCBSTX antes de recibir el tratamiento.