

East Bank Club

Fecha de entrada en vigor: del 1/6/2024 al 31/5/2025

La siguiente es una lista de servicios comunes disponibles a través de su red PPO BlueCare Dental. La parte del costo que le corresponde al asegurado se determina en función de si recibe la atención de un prestador de servicios médicos contratado o no.

En esta información solo se incluye lo más destacado de este programa. Consulte el certificado de BlueCare Dental para obtener más información sobre los beneficios y servicios.

Las Organizaciones de Prestadores de servicios médicos Preferenciales (PPO, en inglés) pasivas

BENEFICIOS DENTALES DESTACADOS

Fundamentos del programa	Profesional médico contratado	Profesional médico no contratado* UCR al 90 %
Máximo del período de beneficios: año	\$1,500.00	\$1,000.00
Deducible: año calendario	\$50.00 por individuo \$150.00 por familia	\$50.00 por individuo \$150.00 por familia
Se aplica la transferencia de tres meses del deducible	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Se aplica el crédito del deducible de la compañía anterior	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Servicios		
Servicios de diagnóstico (no se aplica el deducible)		
Evaluaciones orales periódicas	100 %	100 %
Evaluaciones orales enfocadas en problemas		
Evaluaciones orales integrales		
Servicios preventivos (no se aplica el deducible)		
Profilaxis (limpiezas)	100 %	100 %
Aplicaciones tópicas de fluoruro		
Radiografías de diagnóstico (no se aplica el deducible)		
Radiografías panorámicas y de boca completa	100 %	100 %
Radiografías de aleta de mordida		
Radiografía periapicales		
Otros servicios preventivos (no se aplica el deducible)		
Selladores	100 %	100 %
Mantenedores de espacios		
Servicios básicos de restauración dental		
Amalgamas	90 %	80 %
Restauraciones con resina compuesta		
Extracciones no quirúrgicas		
Extracción de restos retenidos de coronas	90 %	80 %
Extracción de un diente brotado o de una raíz expuesta		
Servicios no quirúrgicos de periodoncia		
Raspado y alisado radicular periodontal	90 %	80 %
Desbridamiento de toda la boca		
Procedimientos de mantenimiento periodontal		

Servicios complementarios

Tratamiento paliativo (emergencia)	90 %	80 %
Sedación profunda / anestesia general		

Servicios de endodoncia

Pulpotomía terapéutica y desbridamiento pulpar	90 %	80 %
Tratamiento de conducto		
Apexificación/recalcificación		

Servicios de intervención bucal

Extracciones dentales quirúrgicas	90 %	80 %
Alveoloplastia y vestibuloplastia		
Extirpación de un tumor o quiste odontogénico benigno		
Escisión de tejido óseo		
Incisión y drenaje de un absceso intraoral		

Servicios de periodoncia quirúrgica

Gingivectomía o gingivoplastia y procedimientos de colgajo gingival		
Alargamiento clínico de corona		
Cirugía ósea	90 %	80 %
Injertos óseos		
Injertos de tejidos blandos/aloinjerto		
Procedimiento de cuña distal o proximal		

Servicios especiales de restauración

Restauraciones de una sola corona		
Restauraciones con incrustación/sobreincrustación	60 %	50 %
Restauraciones de carillas labiales		
Coronas colocadas sobre implantes		

Servicios de prostodoncia

Dentaduras parciales completas y removibles		
Procedimientos de revestimiento/rebase de prótesis dentales		
Puentes fijos	60 %	50 %
Prótesis colocadas sobre implantes		
Implantes Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		

Otros servicios de restauración y prostodoncia

Coronas prefabricadas		
Recementaciones	60 %	50 %
Reparación de postes y núcleos, retención de pernos y coronas/puentes		
Ajustes		

Ortodoncia (sin deducible)

Tratamiento y procedimientos de diagnóstico de ortodoncia:	50 %	50 %
Adultos elegibles	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Niños derechohabientes elegibles	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Límite de edad	19	

Beneficio máximo de por vida por participante	\$1,500.00	\$1,000.00
--	-------------------	-------------------



Asegurado: coordinación de beneficios

Se aplica el límite de edad

No duplicación de beneficios (coordinación de beneficios):

Sí (todos los beneficios combinados no deben superar los beneficios de este programa)

No (estándar: todos los beneficios combinados no deben superar el total de los gastos)

Plazo de presentación de reclamaciones:

Dentro de los 365 días siguientes a la fecha del servicio

Fin del año siguiente al año del servicio

Dos años a partir de la fecha del servicio

Otros (explique abajo en la sección de estipulaciones adicionales)

Estipulaciones adicionales: Cambios de beneficios estándares a no estándares (con la aprobación de CBSR / *Ad hoc*). Cambios en la estructura de la cuenta; p. ej.: nuevos números de sección y grupo. Indique también los cambios en los beneficios de renovación y la fecha de entrada en vigor de dicho cambio.

BlueMax Advantage: disponible solo para 151+

Transferencia (crédito de adquisición) Sí No : \$ *introduzca el monto y los servicios transferidos*

Estipulación de dientes faltantes: Sí No (añada un texto contractual a continuación)

Se aplicará una exclusión a los gastos que impliquen la sustitución de dientes faltantes antes de la fecha de entrada en vigor del contrato dental.

Todos los demás beneficios

- Todo participante que haya tenido cobertura continua durante 24 meses bajo un contrato de atención dental grupal con BCBSIL o una combinación de cobertura de BCBSIL y un anterior contrato de atención dental grupal por el empleador, que incluyera beneficios protésicos.
- Una prótesis parcial o completa o un puente fijo que incluya la sustitución de un diente faltante que se haya extraído después de la entrada en vigor de la cobertura.

Beneficio dental mejorado: Sí No

El beneficio mejorado es un beneficio dental que permite a los grupos proporcionar beneficios y servicios dentales adicionales a los asegurados con problemas médicos o estados específicos como enfermedades cardiovasculares, diabetes o embarazo. El grupo también debe tener su cobertura médica a través de BCBS.

Beneficio para uno de los siguientes:

- Raspado y alisado radicular
- Mantenimiento periodontal
- Una limpieza adicional

Se aplica al máximo anual Se aplica No se aplica

Las estipulaciones adicionales de los beneficios mejorados requieren la aprobación de la División de Seguros o de CBSR.

Cualquier personalización debe indicarse en la sección de estipulaciones adicionales.

Disponibles con fecha de entrada en vigor el 1/1/2020:

Los siguientes servicios preventivos seleccionados no se aplicarán al máximo anual.

- Servicios de diagnóstico
- Servicios preventivos
- Radiografías de diagnóstico
- Otros servicios preventivos

Período de espera del beneficio: No o Sí (la siguiente información es necesaria por grupo solicitado)

NOTA: Si se aplica un período de espera de los beneficios; no se aplicará a las coberturas dentales de grupo existentes o a las transferencias grupales.

Los asegurados deben tener cobertura continua bajo esta póliza durante [xx] meses antes de ser elegibles para recibir los siguientes servicios incluidos:

- Intervención bucal
- Tratamientos radiculares
- Servicios de periodoncia no quirúrgica
- Servicios de periodoncia quirúrgica
- Servicios especiales de restauración
- Servicios de prostodoncia
- Otros servicios de restauración y prostodoncia
- Servicios de ortodoncia

* Cada vez que necesite atención dental puede elegir:

Acudir a un prestador de servicios médicos contratado

- Por lo general, su gasto de bolsillo será el monto más bajo, porque los prestadores de servicios médicos de BlueCare tienen contrato para aceptar una cantidad permitida más baja como pago total para gastos dentales elegibles.
- No es necesario que presente formularios de reclamaciones.
- No se hará una factura por el saldo de los costos que excedan la cantidad permitida por BCBSIL para dentistas de BlueCare.

Acudir a un prestador de servicios médicos no contratado

- El gasto de bolsillo podría ser mayor porque los profesionales médicos no contratados no han entablado un contrato con BCBSIL para aceptar cualquier determinación de cantidad permitida como pago de los gastos dentales elegibles.
- Es necesario presentar formularios de reclamación.
- Se hará una factura por el saldo de los costos que excedan la cantidad permitida por BCBSIL.
- Se aplica el reembolso de tarifas usuales, habituales y razonables (UCR, en inglés) al 90% para los profesionales médicos no contratados.

Información para los empleados

- Este es un resumen general del diseño de sus beneficios y servicios. Consulte su certificado de beneficios y servicios médicos para obtener más información y conocer las limitaciones y exclusiones.
- Se aplican las siguientes estipulaciones de elegibilidad:
 - Los hijos derechohabientes tienen cobertura hasta los 26 años. Los hijos derechohabientes con discapacidades tienen cobertura después de los 26 años.
 - Inscripción abierta: los empleados o derechohabientes que no tengan cobertura en la actualidad pueden solicitar los beneficios dentales 31 días antes de la fecha del aniversario.

Cuando el tratamiento supere los \$300, deberá presentarse una solicitud de predeterminación a BCBSIL antes del tratamiento.

BlueCare[®] Dental

PPO: East Bank Club



**BlueCross and BlueShield
of Illinois**

Ingrese el nombre

Nombre y cargo del ejecutivo del grupo
(Escriba a máquina o con letra de imprenta)

Firma

Fecha

Ingrese el nombre

Nombre del agente registrado
(Escriba a máquina o con letra de imprenta)

Firma

Fecha

Ingrese el nombre

Nombre del representante de BCBSIL
(Escriba a máquina o con letra de imprenta)

Firma

Fecha