

Resumen de Beneficios Plan BlueDental Copayment Q para Niños

Una boca saludable puede tener un impacto positivo en la salud general de sus hijos, especialmente si le han diagnosticado ciertas condiciones médicas. Los estudios muestran que la enfermedad de las encías y la caries dental pueden empeorar algunas condiciones de salud. Cuidar los dientes y las encías de sus hijos ahora puede ahorrarle tiempo, molestias y dinero más adelante. Un plan Plan BlueDental Copayment Q puede ayudar a mejorar la salud general de sus hijos. También cumple con la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio.

Sonría: ¡Ahora puede hacerlo!

Nuestro plan BlueDental Copayment Q, flexible y de bajo costo para niños de hasta 19 años,¹ enfatiza la atención preventiva y ofrece muchos beneficios valiosos, incluidos los principales servicios de restauración. Cuando visite a un dentista dentro de la red, solo pagará el copago por el procedimiento, que siempre sabrá por adelantado, y cualquier deducible que pueda aplicar.



Beneficios del plan Copayment Q para niños

- Acceso a una extensa red dental PPO² en Florida y en todo el país
- Servicio TeleDentistry.com para emergencias o ayuda fuera de horario
- Descuentos en frenos (braces) y trabajo dental cosmético³
- Copagos y deducibles bajos y previsible cuando visita a un dentista participante
- No se necesitan referidos o autorizaciones para ver a un especialista

Oral Health for Overall Health

Si tiene una condición médica que califica, el programa Oral Health for Overall Health (Salud Oral para la Salud General) le proporciona beneficios adicionales que pueden ayudar a mejorar su salud en general.⁴ Estos beneficios están valorados en \$1,000 y están cubiertos en un 100% cuando visita a un proveedor participante. Le hacemos fácil el poder participar, si tiene una cobertura médica y dental con Florida Blue, lo inscribiremos automáticamente.



Para encontrar un dentista, visite floridabluedental.com/find-a-dentist.

¿Tiene preguntas?

¡Nuestros representantes de atención al cliente pueden ayudarle! Simplemente llame al 1-888-223-4892, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., o visite floridabluedental.com.

Plan BlueDental Copayment Q

	Dentro de la red usted paga	Fuera de la red usted paga
Beneficios Pediátricos (hasta los 19 años)¹		
Deducible (aplica solo para servicios preventivos, básicos y complejos)	\$25	
Máximo mensual a su cargo si solo un niño está cubierto	\$400	Sin límite
Máximo mensual a su cargo si más de un niño está cubierto	\$800	Sin límite
Servicios de atención preventiva	Sin periodo de espera	
Exámenes bucales	\$0	20%
Limpiezas	\$0	20%
Radiografías de mordida	\$0	20%
Tratamiento con flúor	\$0	20%
Sellante bucal - por diente	\$6	20%
Servicios Básicos	Sin periodo de espera	
Restauraciones con amalgama (una superficie, primaria/permanente)	\$15	40%
Restauración con resina compuesta, diente frontal	\$20	40%
Tratamiento de emergencia por dolor dental	\$12	40%
Extracción - diente erupcionado o raíz expuesta	\$17	40%
Servicios Complejos	Sin periodo de espera	
Corona - porcelana fundida a metal noble	\$302	60%
Tratamiento de conducto - molar	\$305	60%
Dentadura completa - superior	\$382	60%
Dentadura parcial superior - a base de resina	\$296	60%
Implantes médicamente necesario (se requiere autorización previa)		
Posicionamiento quirúrgico del cuerpo del implante - endosteal	\$400	70%
Implante mezclado con porcelana fundida a metal sobre corona (titanio, metal de alta nobleza)	\$282	70%
Ortodoncia médicamente necesaria (se requiere autorización previa)	\$400	70%
Programas de Beneficios Adicionales		
Oral Health for Overall Health (Salud Oral para la Salud General)	Incluidos	
TeleDentistry.com	2 consultas al año	

Plan BlueDental Copayment Q

Limitaciones y exclusiones

1. Cualquier repetición del tratamiento de conducto radicular se pagará un (1) año después de la fecha de finalización de la terapia de conducto radicular.
2. Las restauraciones de amalgama, silicato, acrílico y materiales compuestos para restaurar dientes afectados sólo se pagarán en la superficie del mismo diente una vez cada doce (12) meses consecutivos.
3. La cantidad permitida para gingivectomía o gingivoplastia por cada cuadrante se pagará cuando dos o más dientes del mismo cuadrante se facturan en la misma fecha de servicios.
4. Los selladores están limitados a los primeros y segundos molares para dientes primarios, y a los premolares y molares para dientes permanentes de los niños dependientes.
5. La anestesia general y la sedación intravenosa se pagan solamente si se brindan con los procedimientos quirúrgicos cubiertos.
6. Los procedimientos de mantenimiento periodontal después de la terapia activa se limitan a dos (2) veces por año calendario. La profilaxis periodontal estará sujeta a los mismos límites que una profilaxis de rutina. El beneficio total de la profilaxis se limita a dos (2) veces por año calendario.
7. Los servicios periodontales están limitados a los miembros de dieciocho (18) años en adelante.
8. Los servicios recibidos fuera de los Estados Unidos, sus territorios y posesiones no están cubiertos, excepto para el tratamiento paliativo de emergencia.
9. Las amalgamas o compuestos para restauraciones múltiples sobre una superficie serán consideradas como una restauración. El subsidio incluye base aislante y anestesia local.
10. Todas las prótesis fijas se pueden facturar en la fecha de la colocación/ inserción.
11. Todas las prótesis removibles pueden facturarse en la fecha de entrega final.
12. Radiografías intraorales, no se cubren las series completas, esto incluye radiografías interproximales, si se realizan el mismo día que la imagen de la radiografía panorámica.
13. Cualquier tratamiento adicional debido al incumplimiento de las instrucciones por parte del miembro o a la falta de cooperación con el dentista.
14. El tratamiento para cualquier enfermedad, lesión, o condiciones médicas que surjan de: guerra o acto de guerra (declarada o no), participación en un delito grave, revuelta o insurrección, servicio en las fuerzas armadas o unidades auxiliares e intento de suicidio o lesión autoinflingida intencionalmente, esté o no en sano juicio.
15. Los cargos por un servicio más costoso, procedimiento o curso de tratamiento que está habitualmente proporcionado por la profesión dental, de acuerdo con los estándares profesionales establecidos de la práctica odontológica para la condición dental que se trate. El pago de dichos cargos en virtud de esta póliza se basa en la estimación preventiva para el servicio, procedimiento o tratamiento menos costoso.
16. Cargos por servicios o suministros relacionados con esterilización. Los cargos por la esterilización se incluyen en la estimación preventiva para otros procedimientos dentales cubiertos.
17. Reemplazo de diente o puente que se torne necesario debido a pérdida, robo o alteración por parte de un miembro.
18. Servicios en relación con cualquier corona, restauración de cobertura incrustada, superficial o parcial o para cualquier prótesis o puente si el tratamiento comenzó antes de la cobertura del miembro bajo esta póliza.
19. Dentaduras, coronas o puentes duplicados.
20. Restauraciones de Laminado Labial.
21. Anestesia general y sedación intravenosa administrada exclusivamente para el manejo del paciente o su comodidad.
22. Cargos por óxido nítrico.
23. Servicios, distintos a los que se brindan a un recién nacido, con respecto a malformaciones congénitas (hereditarias) o en el desarrollo, o por razones cosméticas, incluyendo pero no limitados a, paladar hendido, malformaciones maxilares o mandibulares (superiores o inferiores), hipoplasia del esmalte (falta de desarrollo), fluorosis (un tipo de decoloración de los dientes) y anodoncia (ausencia congénita de dientes).
24. Medicinas recetadas, analgesia o medicina previa.
25. Injertos orales adicionales (injerto de tejidos desde fuera de la boca a los tejidos orales).
26. Los cargos por control de la placa o instrucciones sobre la dieta.
27. Cargos por servicios de ortodoncia a menos que estén indicados en el Plan de beneficios.
28. Los cargos por la esterilización se incluyen en la estimación preventiva para otros procedimientos dentales cubiertos.
29. Los cargos por eliminación de residuos biológicos peligrosos se incluyen en la cantidad máxima permitida para otros procedimientos dentales cubiertos.
30. Gastos asociados con lesiones accidentales a dientes naturales sanos.
31. Cargos por implantes a menos que estén indicados en el Plan de beneficios.
32. Procedimientos de imágenes por resonancia magnética (Magnetic Resonance Imaging, MRI) de haz cónico (Cone Beam).
33. Costos hospitalarios o cualquier tarifa adicional que el dentista u hospital cobre por el tratamiento en el hospital (paciente hospitalizado o ambulatorio).
34. Fabricación de protectores bucales deportivos.
35. Blanqueamiento interno y externo.

En esta póliza se excluyen las siguientes prestaciones:

1. Los servicios o suministros que no son médicamente necesarios de acuerdo con las normas aceptadas de la práctica dental, según lo determinado por nuestros dentistas consultores, o que no están recomendados o aprobados por el dentista tratante.
2. Cargos por servicios o suministros facturados por otra persona que no sea un dentista.
3. Los beneficios por servicios prestados por un miembro de su familia, (su cónyuge y su[s] hijo[s], hermanos, hermanas y padres o los de su cónyuge).
4. Los servicios prestados principalmente con fines estéticos.
5. Los cargos incurridos por faltar a una consulta dental.
6. Los servicios prestados a través de un departamento médico, clínica o centro de la misma naturaleza, o brindados por, o en nombre de, un empleador, asociación de beneficio mutuo, sindicato, fideicomisario o personas o grupos similares.
7. Los servicios médicos relacionados con el tratamiento de la articulación temporomandibular (temporomandibular joint, TMJ) (mandíbula ósea inferior temporal) disfunciones (trastornos craneomandibulares),
8. Los tratamientos de carácter experimental o de investigación.
9. Servicios dentales recibidos o prestados:
 - a. a través o en el hospital o un establecimiento gubernamental de un veterano debido a un servicio relacionado con la discapacidad;
 - b. que están cubiertos y pagados bajo Compensación de Trabajadores o ley similar; o
 - c. que se coordinan con otra póliza de seguro que proporciona beneficios dentales por los mismos cargos, en la medida en que el monto total pagadero en ambos planes excede el 100% de la Asignación de FCL para gastos realmente incurridos.
10. Servicios por los cuales el miembro no tiene ningún costo.
11. Procedimientos, aparatos o restauraciones necesarias para alterar la dimensión vertical y/o restaurar o mantener la oclusión. Tales procedi-

Esto no es una Póliza de seguro, sólo las disposiciones actuales de control de una Póliza emitida. Las Pólizas de Florida Combined Life establecen los derechos y obligaciones de las personas cubiertas y Florida Combined Life. Tenga en cuenta que se pueden aplicar limitaciones y exclusiones adicionales y cierta cobertura puede ser reducida o terminada debido a la edad o la falta de elegibilidad. Lea cuidadosamente los documentos del seguro.

¹Los beneficios dentales pediátricos finalizan el último día del año calendario del cumpleaños N.^o 19 de la persona cubierta.

²Las redes están conformadas por dentistas independientes contratados.

³Algunos dentistas han aceptado voluntariamente ofrecer un descuento del 20% en sus cargos por servicios cosméticos no cubiertos y servicios de ortodoncia. Estos dentistas están identificados por una afiliación al Programa de Descuentos en Cosmética Dental o al Programa de Descuentos en Ortodoncia. Debido a que estos dentistas no están ni contractualmente ni legalmente obligados a ofrecer estos descuentos, le recomendamos que se ponga en contacto con el proveedor antes de programar una cita y le pregunte si estos descuentos están disponibles.

⁴Estas condiciones incluyen diabetes, cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular, cáncer oral, cáncer de cabeza y cuello, afección pulmonar obstructiva crónica, enfermedad renal en etapa terminal, síndrome metabólico, síndrome de Sjorgren y embarazo.

Florida Combined Life insurance Company, Inc., cuyo nombre comercial es Florida Blue, es una afiliada de Florida Blue. Estas compañías son Licenciatarias Independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.

Cumplimos con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-352-2583 (TTY: 1-877-955-8773).

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770).

© 2024 Florida Blue. Todos los derechos reservados.

Este documento es una traducción de su original escrito en inglés. Los términos en inglés prevalecerán en caso de alguna disputa con respecto al significado de este documento o sus términos.