

Blue Care[®] Dental Plan



Regence BlueCross BlueShield of Oregon is an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

Regence BlueCross BlueShield of Oregon

Su Plan Dental brinda cobertura para servicios proporcionados por cualquier proveedor dental, de acuerdo con lo que se establece abajo. Con este plan, los proveedores dentales cobrarán los saldos que excedan el monto de los beneficios.

Características de los beneficios	
Beneficio máximo por persona por año calendario	\$1,000
Deducible	Ninguno
Nosotros pagamos el 100% hasta el monto indicado del beneficio	
Servicios preventivos (Consulte el calendario preventivo de la página 2)	Monto del beneficio
Exámenes	\$24.00
Rayos X – Dientes frontales (4 películas)	\$25.60
Rayos X – Panorámica	\$39.20
Limpieza	
➤ Adulto	\$35.20
➤ Niño	\$25.60
Tratamientos con flúor	
➤ Niño	\$37.60
Sellador por diente	\$18.40
Servicios de restauración	
Empastes amalgamados de dos superficies /dientes primarios	\$40.80
Empastes de resina de dos superficies /dientes anteriores	\$64.00
Extracción de un solo diente	\$47.20
Expansores de espacio fijo (unilaterales)	\$120.00
Expansores de espacio fijo (bilaterales)	\$183.20
Endodoncia (canal de raíz)	
➤ Dientes anteriores (excluyendo restauración final)	\$212.00
➤ Bicúspides (excluyendo restauración final)	\$248.00
➤ Molares (excluyendo restauración final)	\$376.00
Escalamiento periodontal y planeación de raíz (por cuadrante)	\$84.80
Cirugía periodontal /Cartilago gingival (por cuadrante)	\$220.00
Extracción /Impactación parcial ósea	\$132.00
Servicios mayores (Período de espera de seis meses en los servicios mayores)	
Corona, empastes tipo “onlay”	\$240.00
Puentes (3 unidades), Metal noble alto de molde completo	\$705.00
Puentes (3 unidades), porcelana fundida con metal predominantemente básico	\$720.00
Dentaduras postizas (superiores)	\$325.00
Dentaduras postizas (inferiores)	\$325.00
Implantes y aparatos adjuntos	\$600.00

Consulte la página 2 para conocer las limitaciones y exclusiones >

Limitaciones y Exclusiones

Una vez inscrito, podrá ver su cuadernillo de beneficios en nuestro sitio web, www.or.regence.com. Por favor, consulte su cuadernillo de beneficios para obtener una lista completa de beneficios y las limitaciones y exclusiones que pueden aplicar.

Calendario de servicios preventivos	
Exámenes orales	Dos veces al año en cualquier año calendario.
Limpieza	Dos veces al año en cualquier año calendario.
Rayos X	
➤ Boca completa	Una vez cada 60 meses.
➤ Dientes frontales	Una vez cada año calendario.
Flúor	Dos veces al año en cualquier año calendario; cubre sólo a miembros de 17 años de edad o menos.
Selladores	Una vez cada 48 meses; cubre sólo a miembros de 17 años de edad o menos.

Estos beneficios están limitados

- El costo de las coronas está cubierto sólo cuando un diente no puede arreglarse con un empaste o por medio de algún otro método.
- El escalamiento periodontal y el planeamiento de raíces, por cuadrante, está limitado a que se efectúe una vez cada 24 meses.
- Los servicios de emergencia están limitados a los que se proporcionan para brindar alivio, y no para brindar una cura.
- La necesidad de una extracción quirúrgica debe ser documentada por medio de rayos X.
- El costo del reemplazo de una dentadura postiza o corona existente está cubierto sólo cuando han pasado siete años o más desde la fecha de la colocación más reciente.
- Es posible que limitemos el pago al método de tratamiento que involucre el menor costo.
- Los servicios de ortodoncia, excepto las extracciones realizadas con fines de ortodoncia.
- Los servicios cosméticos dentales, incluyendo complicaciones que surjan a partir de esos servicios.
- Registro de los movimientos o posiciones de la mandíbula.
- Dentaduras postizas temporales.
- Anestesia local cobrada por separado con los empastes.
- Anestesia general, excepto cuando sea necesaria para efectuar una cirugía oral compleja o debido a la existencia de una condición médica concurrente.
- Premedicaciones, medicinas para llevar a casa y suministros.
- Tratamiento(s), procedimientos, equipo, medicinas, aparatos y suministros experimentales o que están en estado de investigación, incluso cuando sean proporcionados por proveedores extranjeros.
- Problemas temporomandibulares (de la articulación de la mandíbula) y otros relacionados.

Estos servicios no están cubiertos

- Servicios brindados por un miembro de su hogar o familia inmediata.
- Servicios o suministros que usted reciba antes de que comience su cobertura o después de que termine su cobertura.
- Servicios que no sean necesariamente de atención dental.
- Reemplazo de dientes que le falten cuando esta cobertura comience.
- Aparatos o restauraciones usadas para entablillado periodontal (excepto en casos documentados de bruxismo), para aumentar las dimensiones verticales, para recuperar la oclusión (mordida) o para corregir hábitos tales como el sacar la lengua.
- Condiciones relacionadas con el trabajo.
- Servicios o suministros que reciba de un departamento dental o médico mantenido en nombre de su empleador.
- Modelos de dientes y del tejido circundante para fines de estudio o planeamiento del tratamiento.
- Servicios y suministros para enseñar nutrición y técnicas de higiene oral.



Regence BlueCross BlueShield of Oregon is an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

Regence BlueCross BlueShield of Oregon

Número gratuito, todas las áreas 1 (800) 228-0978
Línea TDD para personas con problemas de audición
1 (800) 382-1003

www.or.regence.com