

Value 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 proveedores dentales participantes y no participantes, según lo que se indica abajo. Con este plan, los proveedores participantes no cobrarán más que nuestras tarifas acordadas. Los proveedores no participantes cobrarán por los saldos que excedan nuestras tarifas acordadas. Una vez inscrito, la **Red Dental Participante** es el panel de proveedores con el cual usted recibirá los mayores beneficios. Si necesita ayuda para ubicar a un proveedor dental participante, por favor consulte su directorio de proveedores o visite nuestro sitio web a www.or.regence.com.

Características de los beneficios	
Beneficio máximo por persona por año calendario	\$1,000
Deducible por persona por año calendario (máximo de tres deducibles por familia)	\$50
Servicios preventivos (Consulte el calendario preventivo de la página 2)	Deducible exento, pagamos
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Exámenes ➤ Limpieza ➤ Rayos X ➤ Tratamientos con flúor 	100%
Servicios de restauración	Después del deducible, pagamos
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Empastes ➤ Extracciones simples ➤ Expansores ➤ Terapia de canal de raíz ➤ Escalamiento periodontal, planeación de raíz y mantenimiento ➤ Tratamiento de emergencia 	80%
Servicios complicados (Período de espera de doce meses para servicios complicados)	Después del deducible, pagamos
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cirugía periodontal ➤ Cirugía oral compleja 	50%
Servicios mayores (Período de espera de doce meses para servicios mayores)	Después del deducible, pagamos
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Coronas ➤ Puentes ➤ Implantes ➤ Dentaduras postizas 	50%

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.

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.
- Problemas temporomandibulares (de la articulación de la mandíbula) y otros relacionados.
- 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