



La atención dental y las consultas regulares con el dentista pueden ayudar mucho a mantener la salud general adecuada. Cualquiera que sea el plan *BlueCare* que elija, se dará cuenta que se incluyen los beneficios dentales. Nuestros planes que cumplen con la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio le ofrecen la cobertura que necesita para su familia y ayudan a que el costo de la atención dental sea razonable.

Aquí le presentamos un vistazo rápido de los servicios dentales pediátricos que se ofrecen a los asegurados hasta los 19 años de edad:

Servicios de prevención

- » Limpiezas: 100% de cobertura, una vez cada seis meses
- » Tratamientos con fluoruro: Hasta tres veces al año
- » Selladores: Una vez al año por diente¹
- » Mantenedores de espacios: Una vez por año²

¹ Las limitaciones incluyen solo la superficie oclusiva, los dientes tienen que estar libres de caries (caries dental), no cubiertos cuando se coloquen sobre la restauración.

² Cubierto cuando está indicado médicamente debido a la pérdida prematura de los dientes primarios posteriores, la recementación no está cubierta en un plazo de seis meses de la colocación inicial.

Servicios de diagnóstico

- » Evaluación dental periódica: 100% de cobertura, una vez cada seis meses
- » Evaluación integral: Una vez por asegurado, por dentista de por vida

Rayos X

- » Aleta de mordida
- » Boca completa y panorámica: Una vez cada tres años

Servicios de tratamiento

Rellenos

- » Amalgama de plata
- » Compuesto del color del diente

Coronas³

- » Acero inoxidable: Una vez cada 24 meses por diente
- » Solo metal, metal/porcelana o solo porcelana: Una por 60 meses por diente

³ Se requiere un proceso de aprobación (conocido como "autorización previa") para determinar si los servicios se tendrán en cuenta para el pago de todas las coronas, excepto acero inoxidable.



Conductos radiculares

- » Conductos radiculares en los dientes de bebés: Uno por diente durante su vida
- » Conductos radiculares en los dientes permanentes: Uno por diente durante su vida

Los servicios de tratamiento indicados a continuación también requieren autorización previa para que se tengan en cuenta para el pago.

- » Terapia periodontal
- » Dentaduras postizas completas y parciales (una vez cada 60 meses)
- » Ortodoncia

Es posible que haya cobertura adicional disponible si usted tiene un plan dental separado. Los servicios dentales están sujetos al deducible aplicable, coseguro o gasto máximo de bolsillo anual. Este es un breve resumen de la cobertura disponible bajo este programa. No es un documento legal. Las estipulaciones exactas de los beneficios y las exclusiones se encuentran en el certificado.



**BlueCross
BlueShield
of Kansas**

bcbsks.com

Los exámenes de la vista son una parte importante de la rutina de salud general de cualquier persona y juegan un papel esencial para garantizar el desarrollo académico y de la vista de un niño. Su plan *BlueCare* incluye cobertura de servicios para el cuidado de la vista pediátricos para esos exámenes importantes, anteojos y otros beneficios adicionales.

Aquí le presentamos un vistazo rápido de los Servicios para la vista pediátricos que se ofrecen a los asegurados hasta los 19 años de edad:

Exámenes de la vista

- » Los exámenes básicos están cubiertos según sea necesario cuando los realizan oftalmólogos y optometristas
- » Dos exámenes al mes para detectar y/o dar seguimiento a los problemas de salud
- » Según sea necesario hasta un año después de la cirugía de catarata

Anteojos (armazones estándar)

- » Las armazones tienen que incluir la garantía de un año
- » Hasta tres pares de armazones por cada 365 días
- » Hasta tres juegos de lentes por cada 365 días
- » Anteojos proporcionados para después de la cirugía de catarata en un plazo de un año de la cirugía

Lentes de contacto

Los lentes de contacto requieren autorización previa. La adaptación de los lentes de contacto está permitida una vez durante su vida cuando se recetan y adaptan lentes de contacto la primera vez. Las adaptaciones siguientes se evaluarán si se le está recetando y adaptando un tipo nuevo de lentes de contacto.

Blefaroplastia y blefaroptosis

La cirugía para la corrección de defectos de los párpados requiere autorización previa.

Exclusiones

Aunque esta no es una lista completa, su cobertura de servicios para la vista pediátricos excluye cirugía *LASIK*, gafas de sol, gafas de seguridad, anteojos para deportes, anteojos de respaldo y lentes de contacto con fines cosméticos.



Los Servicios para la vista están sujetos al deducible aplicable, coseguro o gasto máximo de bolsillo anual. Este es un breve resumen de la cobertura disponible bajo este programa. No es un documento legal. Las estipulaciones exactas de los beneficios y las exclusiones se encuentran en el certificado.