EmblemHealth®

¡Sonría!
Su cobertura ofrece valor y acceso a través de DentaQuest.

Bienvenido/a a sus beneficios dentales de EmblemHealth

Nos complace ofrecerles a su hijo o hija atención dental de alta calidad y bajo costo a través de los planes individuales y familiares de EmblemHealth.

Como miembro de un plan de salud familiar e individual de EmblemHealth, su hijo/a tendrá cobertura:

- Para servicios preventivos como limpiezas, radiografías y exámenes.
- Para servicios básicos de empastes, tratamientos de conducto, extracciones y atención periodontal.
- Hasta el final del mes en que cumple 19 años.

COBERTURA DENTRO DE LA RED

Podrá elegir entre nuestros dentistas y especialistas dentro de la red en el estado de Nueva York. Simplemente muestre la tarjeta de identificación de miembro de EmblemHealth de su hijo/a en su visita dental. Usted no tiene cobertura fuera de la red. Si elige visitar a un dentista fuera de la red, el costo correrá por su cuenta.

SUS BENEFICIOS DENTALES

Estos son algunos detalles importantes que debe saber sobre sus beneficios:

- Puede haber un deducible. Un deducible es la cantidad que usted debe pagar cada año antes de que EmblemHealth comience a pagar. Puede encontrar más información en la siguiente tabla.
- Su costo máximo de bolsillo, es decir, la cantidad máxima que deberá pagar cada año por los servicios dentro de la red según su contrato, se indica en la tabla a continuación.
- No tiene cobertura fuera de la red. Esto significa que usted o cualquier persona cubierta por este plan debe consultar a un dentista o especialista dentro de la red, o el costo correrá por su cuenta.
- Un niño o niña es cualquier miembro menor de 19 años. Estos beneficios del plan son beneficios de pediatría disponibles solo para niños y niñas.

	PLATINUM/ PLATINUM D	GOLD/ GOLD D	SILVER/SILVER D	SILVER CSR1	SILVER CSR2	SILVER CSR3	BRONZE/ BRONZE D	COBERTURA CONTRA CATÁSTROFES
Copago	$15	$25 luego del deducible	$30 luego del deducible	$30 luego del deducible	$15 luego del deducible	$10	$50 luego del deducible	Coseguro del 0 % luego del deducible
Deducible	$0	$600 individual/ $1,200 familiar	$2,100 individual/ $4,200 familiar	$1,855 individu-al/$3,710 familiar	$350 individual/ $700 familiar	$0	$3,800/$7,600	$9,200 individual/ $18,400 familiar
Gasto máximo de bolsillo	$2,000 individual/ $4,000 amiliar	$7,900 individual/ $15,800 familiar	$9,200 individual/ $18,400 familiar	$7,350 individual/ $14,700 familiar	$3,050 individual/ $6,100 familiar	$1,075 individual/ $2,150 familiar	$9,200 individual/ $18,400 familiar	$9,200 individual/ $18,400 familiar

(continuación)

EmblemHealth Plan, Inc., EmblemHealth Insurance Company, EmblemHealth Services Company, LLC y Health Insurance Plan of Greater New York (HIP) son empresas de EmblemHealth.
EmblemHealth Services Company, LLC proporciona servicios administrativos a las empresas de EmblemHealth.
EMB_MB_FLY_69683_IFP_Dental_Benefit_Summary SP 9/25

BENEFICIOS DENTALES INDIVIDUALES Y FAMILIARES DE EMBLEMHEALTH

CATEGORÍA/PROCEDIMIENTO	LIMITACIONES DE BENEFICIOS
Solo dentro de la red	
DIAGNÓSTICO — ayuda a determinar sus necesidades de tratamiento.	
Examen bucal periódico	Una vez cada 6 meses
Examen bucal integral	Una vez por ubicación
Radiografías bucales completas	Una vez cada 36 meses
Radiografías de aleta de mordida	Una vez cada 6 meses
Radiografías de un solo diente	Una vez cada 6 meses
PREVENTIVO — procedimientos para ayudar a prevenir la aparición de enfermedades bucales.	
Limpieza de rutina	Una vez cada 6 meses
Aplicación de esmalte de fluoruro	Cuatro veces en 12 meses
Tratamiento con fluoruro tópico	Una vez cada 6 meses
RESTAURACIÓN BÁSICA — procedimientos dentales de rutina para estabilizar la salud oral.	
Empastes de plata	Dos veces cada 24 meses por diente
Empastes blancos	Dos veces cada 24 meses por diente
Coronas de porcelana	Una vez cada 60 meses por diente
Coronas de acero inoxidable	Una vez cada 24 meses por diente
Recementado o readhesión de corona	Una vez cada 24 meses por diente
RESTAURACIÓN PRINCIPAL — procedimientos dentales complejos para estabilizar la salud oral.	
ENDODONCIA* — tratamiento que involucra la pulpa de su diente.	
Tratamiento de conducto radicular	Una vez de por vida por diente
Pulpotomía (extirpación de una parte de la pulpa del diente)	Una vez por diente de por vida, solo en dientes primarios
PERIODONCIA* — prevención y tratamiento de la periodontitis.	
Mantenimiento periodontal (para la periodontitis)	Dos veces cada 12 meses
Raspado y alisado radicular (eliminación de placa dental y sarro)	Una vez cada 24 meses por cuadrante
DENTADURAS POSTIZAS*	
Dentaduras postizas completas o parciales	Los servicios están cubiertos
Reparación de dentaduras postizas o puentes fijos	Los servicios están cubiertos
Rebase/revestimiento de dentaduras postizas	Una vez cada 12 meses
CIRUGÍA ORAL* — tratamiento quirúrgico o reparación de diversas afecciones problemáticas o extremas de la boca o la mandíbula.	
Extracción dental simple	Una vez de por vida por diente
Extracción dental quirúrgica	Una vez de por vida por diente
ATENCIÓN DENTAL DE EMERGENCIA	
Tratamiento paliativo por dolor dental — procedimiento menor	Dos veces cada 12 meses
ANESTESIA — medicamento administrado por un dentista para adormecer la boca o dormirlo/a para que no sienta dolor durante los procedimientos dentales.	
Anestesia general	Sedación profunda/anestesia general — unidades de tiempo de 15 minutos cada una. El periodo de anestesia comienza cuando el médico le administra la anestesia y finaliza cuando usted puede permanecer sin supervisión de manera segura. Para los fines de la facturación, se mide en unidades de tiempo de 15 minutos.
Anestesia intravenosa	Sedación/analgesia intravenosa moderada (consciente) — cada unidad de tiempo de 15 minutos. El periodo de anestesia comienza cuando el médico le administra la anestesia a través de una vía intravenosa y finaliza cuando puede permanecer sin supervisión de manera segura. Para los fines de la facturación, se mide en unidades de tiempo de 15 minutos.

*El servicio requiere autorización previa y está cubierto siempre y cuando se cumplan los criterios clínicos.

La información de este resumen de cobertura debe utilizarse solo como pauta para sus beneficios dentales. Para obtener información detallada sobre los términos y condiciones de su plan, o las limitaciones y exclusiones, consulte su contrato. Si se realiza un tratamiento con un dentista fuera de la red, no tendrá beneficios y se le facturará al valor de la tarifa normal del dentista.

EmblemHealth Plan, Inc., EmblemHealth Insurance Company, EmblemHealth Services Company, LLC y Health Insurance Plan of Greater New York (HIP) son empresas de EmblemHealth. EmblemHealth Services Company, LLC proporciona servicios administrativos a las empresas de EmblemHealth. Este resumen proporciona solo los aspectos destacados de los beneficios. La cobertura está sujeta a todos los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones establecidos en el contrato. Estos planes están suscritos por Health Insurance Plan of Greater New York (HIP). Consulte los formularios de póliza: 155-23-IONHIXSelectPSchedule (01/25), 155-23-IONHIXSelectBSchedule (01/25), 155-23-IONHIXSelectGSchedule (01/25), 155-23-IONHIXSelectSSchedule (01/25), 155-23-IONHIXSelectS100Schedule (01/25), 155-23-IONHIXSelectS150Schedule (01/25), 155-23-IONHIXSelectS200Schedule (01/25), 155-23-IONHIXSelectCSchedule (01/25),), 155-23-IONHIXMillenniumPSchedule (01/25), 155-23-IONHIXMillenniumBSchedule (01/25), 155-23-IONHIXMillenniumGSchedule (01/25), 155-23-IONHIXMillenniumSSchedule (01/25), 155-23-IONHIXMillenniumS100Schedule (01/25), 155-23-IONHIXMillenniumS150Schedule (01/25), 155-23-IONHIXMillenniumS200Schedule (01/25), 155-23-IONHIXMillenniumCSchedule (01/25)