

Planes dentales para adultos

Para adultos a partir de los 19 años, se pueden adquirir estos planes dentales independientes en cualquier momento del año, con o sin un plan médico. La cobertura dental pediátrica se incluye en todos los planes médicos individuales y familiares de Independence Blue Cross (IBX).

Espere más de su plan dental

IBX ofrece dos planes PPO dentales para adultos: Adult Dental Preferred y Adult Dental Premier. Estos son los beneficios integrales que puede esperar de ambos planes:



Una red muy amplia

Tiene acceso a una de las mayores redes de proveedores de servicios dentales de la región de Philadelphia.



Flexibilidad para consultar a cualquier dentista que desee, a nivel nacional

Maximizará sus ahorros si acude a un dentista de la red, pero tiene la opción de consultar a cualquier dentista sin una derivación. No deberá presentar ningún formulario de reclamo si consulta a un dentista de la red.



Cobertura total de la mayoría de los servicios de prevención y diagnóstico

Los servicios cubiertos totalmente incluyen exámenes de rutina, limpiezas y radiografías: paga \$0 de costos compartidos con un proveedor dentro de la red.



Descuentos por encima del promedio nacional

Nuestros planes dentales tienen descuentos por encima del promedio nacional. También puede conseguir descuentos en servicios no cubiertos con algunos proveedores dentro de la red.



Cobertura para la mayoría de los servicios básicos y los más importantes

No existe el período de espera para la atención preventiva y ciertos servicios básicos, como empastes y extracciones. Consulte la página siguiente para conocer más sobre la cobertura de los servicios más importantes.



Próximo paso: presentar una solicitud

Hay varias maneras de inscribirse en un plan dental para adultos:

- Visite ibx.com/enrolldental.
- Llame a su agente de seguros o comuníquese con alguno de nuestros agentes de ventas autorizados llamando al **1-844-762-2140 (TTY: 711)**.
- Acuda a Independence LIVE en el segundo piso de 1919 Market Street en Philadelphia para recibir ayuda de parte de un agente de ventas autorizado. Visite ibx.com/events para conocer el horario.

Elija su plan dental para adultos

Adult Dental Preferred es el plan para usted si está buscando un plan que cubra los servicios preventivos (como los exámenes y las limpiezas) y los servicios básicos (como los empastes y tratamientos de conducto).

Adult Dental Premier es el plan para usted si está buscando la protección agregada de gastos de bolsillo más bajos y cobertura para los servicios principales, como coronas y prótesis dentales.

| | Adult Dental Preferred | | Adult Dental Premier ¹ | |
|--|--|---|--|--|
| Beneficios dentro de la red | Usted paga | | Usted paga | |
| Deducible anual: individual/familiar | \$50/\$150 | | \$50/\$150 | |
| Beneficio máximo anual | \$1,500 por socio cubierto | | \$2,000 por socio cubierto | |
| Comience a usar estos servicios de inmediato | Usted paga | | Usted paga | |
| Exámenes | Cubierto al 100%, sin deducible, sin período de espera | 1 cada 12 meses | Cubierto al 100%, sin deducible, sin período de espera | 1 cada 6 meses |
| Limpiezas | Cubierto al 100%, sin deducible, sin período de espera | 1 cada 12 meses | Cubierto al 100%, sin deducible, sin período de espera | 1 cada 6 meses |
| Radiografías de mordida | Cubierto al 100%, sin deducible, sin período de espera | 1 juego cada 24 meses, de 19 a 29 años; 1 juego cada 3 años, de 30 años en adelante | Cubierto al 100%, sin deducible, sin período de espera | 1 juego cada 18 meses |
| Radiografías de boca completa | Cubierto al 100%, sin deducible, sin período de espera | 1 cada 5 años | Cubierto al 100%, sin deducible, sin período de espera | 1 cada 5 años |
| Empastes, extracciones | 50% después del deducible | Sin período de espera | 20% después del deducible | Sin período de espera |
| Obtendrá estos beneficios después de 12 meses | Usted paga | | Usted paga | |
| Endodoncia, periodoncia, cirugía oral | 50% después del deducible | Período de espera de 12 meses para los socios nuevos | 20% después del deducible | Período de espera de 12 meses para los socios nuevos |
| Reparaciones de coronas y prótesis dentales | 50% después del deducible | Período de espera de 12 meses para los socios nuevos | 20% después del deducible | Período de espera de 12 meses para los socios nuevos |
| Coronas y prótesis dentales | Sin cobertura | N/C | 50% después del deducible | Período de espera de 12 meses para los socios nuevos |

Primas mensuales por socio

| Edad | Adult Dental Preferred | Adult Dental Premier |
|---------------|------------------------|----------------------|
| 19 a 25 | \$18.89 | \$39.39 |
| 26 a 39 | \$20.07 | \$41.85 |
| 40 a 49 | \$23.61 | \$49.24 |
| 50 a 63 | \$27.74 | \$57.86 |
| Mayores de 64 | \$28.33 | \$59.09 |

Las tarifas están sujetas a cambios que dependen de la aprobación del Pennsylvania Insurance Department (Departamento de Seguros de Pennsylvania).

¹ Con el plan Adult Dental Premier, el monto que paga el plan por estos servicios no se deduce del beneficio máximo anual.

Independence Blue Cross ofrece productos a través de sus subsidiarias Independence Assurance Company, Independence Hospital Indemnity Plan, Keystone Health Plan East y QCC Insurance Company, licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.



22227 2587478 (10-23)

Language Assistance Services

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, cuenta con servicios de asistencia en idiomas disponibles de forma gratuita para usted. Llame al 1-800-275-2583 (TTY: 711).

Chinese: 注意: 如果您讲中文, 您可以得到免费的语言协助服务。致电 1-800-275-2583。

Korean: 안내사항: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-275-2583 번으로 전화하십시오.

Portuguese: ATENÇÃO: se você fala português, encontram-se disponíveis serviços gratuitos de assistência ao idioma. Ligue para 1-800-275-2583.

Gujarati: સૂચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. 1-800-275-2583 કોલ કરો.

Vietnamese: LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi sẽ cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho bạn. Hãy gọi 1-800-275-2583.

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите по-русски, то можете бесплатно воспользоваться услугами перевода. Тел.: 1-800-275-2583.

Polish: UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-275-2583.

Italian: ATTENZIONE: Se lei parla italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-275-2583.

Arabic: ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-275-2583.

French Creole: ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-275-2583.

Telugu: క్షణ పెట్టండి: ఒకవేళ మీరు తెలుగు భాష మాట్లాడుతున్నట్లయితే, మీ కొరకు తెలుగు భాషాసహాయక సేవలు ఉచితంగా లభిస్తాయి. 1-800-275-2583 (TTY: 711) కు కాల్ చేయండి.

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga serbisyo na tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-275-2583.

French: ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique-vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-275-2583.

Pennsylvania Dutch: BASS UFF: Wann du Pennsylvania Deitsch schwetztscht, kannscht du Hilf griege in dei eegni Schprooch unni as es dich ennich eppes koschte zellt. Ruf die Nummer 1-800-275-2583.

Hindi: ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। कॉल करें 1-800-275-2583।

German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, können Sie kostenlos sprachliche Unterstützung anfordern. Wählen Sie 1-800-275-2583.

Japanese: 備考: 母国語が日本語の方は、言語アシスタンスサービス(無料)をご利用いただけます。1-800-275-2583へお電話ください。

Persian (Farsi):

توجه: اگر فارسی صحبت می کنید، خدمات ترجمه به صورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با شماره 1-800-275-2583 تماس بگیرید.

Navajo: Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh. Hódííłnih kojí' 1-800-275-2583.

Urdu:

توجہ درکار ہے: اگر آپ اردو زبان بولتے ہیں، تو آپ کے لئے مفت میں زبان معاون خدمات دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-800-275-2583

Mon-Khmer, Cambodian:

សូមមេត្តាចាប់អារម្មណ៍: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាមន-ខ្មែរ ឬភាសាខ្មែរ នោះ ជំនួយផ្នែកភាសានឹងមានផ្តល់ជូនដល់លោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-275-2583។

Discrimination is Against the Law

This Plan complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. This Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

This Plan provides:

- Free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as: qualified sign language interpreters, and written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats).
- Free language services to people whose primary language is not English, such as: qualified interpreters and information written in other languages.

If you need these services, contact our Civil Rights Coordinator. If you believe that This Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with our Civil Rights Coordinator. You can file a grievance in the following ways: In person or by mail: ATTN: Civil Rights Coordinator, 1901 Market Street, Philadelphia, PA 19103, By phone: 1-888-377-3933 (TTY: 711) By fax: 215-761-0245, By email: civilrightscordinator@1901market.com. If you need help filing a grievance, our Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.