Summary of Benefits

Anthem Dental Essential Choice

Commonwealth of KY Bronze Plan

Anthem Dental Complete Network

Anthem BlueCross BlueShield

WELCOME TO YOUR DENTAL PLAN!

Regular dental checkups can help find early warning signs of certain health problems, which means you can get the care you need to get healthy. So, don't skimp on your dental care, good oral care can mean better overall health!

Powerful and easily accessible member tools.

- **Ask a Hygienist:** Dental members can simply email their dental questions to a team of licensed dental professionals who in turn will respond in about 24 hours.
- **Dental Health Risk Assessment:** We want our dental members to better understand their oral health and their risk factors for tooth decay, gum disease and oral cancer. This easy to use online tool can help them do this.
- **Dental Care Cost Estimator:** In order to help our dental member better understand the cost of their dental care, we offer access to a user-friendly, web-based tool that provides estimates on common dental procedures and treatments when using a network dentist.
- **More Capabilities:** With our latest mobile application, Anthem Anywhere, members can find a network dentist as well as view their claims. It's available both for Android and Apple phones.

Dentists in your plan network.

- You'll save money when you visit a dentist in your plan network because Anthem and the dentist have agreed on pricing for covered services. Dentists who are not in your plan network have not agreed to pricing, and may bill you for the difference between what Anthem pays them and what the dentist usually charges.

• To find a dentist by name or location, go to anthem.com or call dental customer service at the number listed on the back of your ID card.

Ready to use your dental benefits?

- Choose a dentist from the network
- Make an appointment
- Show the office staff your member ID card
- Pay any deductible or copay that is part of your plan

Need to contact us?

See the back of your ID card for who to call, write or email.

Your dental benefits at a glance

The following benefit summary outlines how your dental plan works and provides you with a quick reference of your dental plan benefits. For complete coverage details, please refer to your policy.

		In-Network	Out-of-Network
Annual Benefit Maximum	Calendar Year		
· Per insured person		**$750**	**$750**
D&P applies to Annual Maximum		**Yes**	**Yes**
Annual Maximum Carryover / Carry in		**No/No**	**No/No**
Orthodontic Lifetime Benefit Maximum			
· Per eligible insured person		**N/A**	**N/A**
Annual Deductible			
· Per insured person/Family maximum	Calendar Year	**$50/Unlimited**	**$50/Unlimited**
Deductible Waived for Diagnostic/Preventive Services		**Yes**	**Yes**
Out-of-Network Reimbursement:		**Prime (MAC)**	

Anthem Blue Cross and Blue Shield is the trade name of Anthem Health Plans of Kentucky, Inc. Independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association. ® ANTHEM is a registered trademark of Anthem Insurance Companies, Inc. The Blue Cross and Blue Shield names and symbols are registered marks of the Blue Cross and Blue Shield Association.

Dental Services		In-Network Anthem Pays:	Out-of-Network Anthem Pays:	Waiting Period
Diagnostic and Preventive Services		100% Coinsurance	100% Coinsurance	No Waiting Period
· Periodic oral exam	2 per 12 months			
· Teeth cleaning (prophylaxis)	2 per 12 months; w/periodontal maintenance			
· Bitewing X-rays:	1 set per 12 months			
· Full-mouth or Panoramic X-rays:	1 per 60 months			
· Fluoride application:	1 per 12 months through age 18			
· Sealants	1 per 60 months; through age 18			
Basic Services		50% Coinsurance	50% Coinsurance	No Waiting Period
· Consultation (second opinion)	1 per 12 months			
· Space Maintainer	1 per lifetime through age 18; posterior teeth			
· Amalgam (silver-colored) Filling	1 per tooth per 24 months			
· Composite (tooth-colored) Filling	1 per tooth per 24 months			
posterior (back) fillings alternated to amalgam benefit (silver-colored filling)				
· Brush Biopsy (cancer test)	Covered, 1 per 12 months; all ages			
Endodontics (Non-Surgical)		Not Covered	Not Covered	No Waiting Period
· Root Canal and retreatments	Not Covered			
Endodontics (Surgical)		Not Covered	Not Covered	No Waiting Period
· Apicoectomy and apexification	Not Covered			
Periodontics (Non-Surgical)		Not Covered	Not Covered	No Waiting Period
· Periodontal Maintenance	4 per 12 months; w/teeth cleaning			
· Scaling and root planing	1 per quadrant per 24 months			
Periodontics (Surgical)	Not Covered	Not Covered	Not Covered	No Waiting Period
· Periodontal Surgery (osseous, gingivectomy, graft procedures)				
Oral Surgery (Simple)		50% Coinsurance	50% Coinsurance	No Waiting Period
· Simple Extractions	1 per tooth per lifetime			
Oral Surgery (Complex)		Not Covered	Not Covered	No Waiting Period
· Surgical Extractions	1 per tooth per lifetime			
Major (Restorative) Services & Prosthodontics		Not Covered	Not Covered	No Waiting Period
· Crowns, veneers, dentures, and bridges	1 per tooth per 84 months			
· Dental implants	Not Covered			
· Cosmetic teeth whitening	Not Covered			
Prosthodontic Repairs/Adjustments		Not Covered	Not Covered	No Waiting Period
· Crown, denture, bridge repairs	1 per 12 months; 6 months after placement			
· Denture and bridge adjustments:	2 per 12 months; 6 months after placement			
Orthodontic Services				
·None		Not Covered	Not Covered	N/A

Anthem Blue Cross and Blue Shield is the trade name of Anthem Health Plans of Kentucky, Inc. Independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association. ® ANTHEM is a registered trademark of Anthem Insurance Companies, Inc. The Blue Cross and Blue Shield names and symbols are registered marks of the Blue Cross and Blue Shield Association.

Additional Services and Programs

Anthem Whole Health Connection -Dental

- For members with certain health conditions, additional dental benefits are available without a deductible or waiting periods. Eligible services are paid at 100% and won't reduce your coverage year annual maximum (if applicable)

Accidental Dental Injury Benefit

- Provides members 100% coverage for accidental injuries to teeth up to the coverage year annual maximum (if applicable). No deductibles, member coinsurance, or waiting periods apply

Extension of Benefits

- Following termination of coverage, members are provided up to 60 days to complete treatment started prior to their termination of coverage under the plan and eligible services will be covered

International Emergency Dental Program

- Provides emergency dental benefits while working or traveling abroad from licensed, English-speaking dentists. Eligible covered services will be paid 100% with no deductibles, member coinsurance, or waiting periods and won't reduce the member coverage year annual maximum (if applicable)

Additional Limitations & Exclusions

Below is a partial listing of non-covered services under your dental plan. Please see your policy for a full list.

Services provided before or after the term of this coverage - Services received before your effective date or after your coverage ends, unless otherwise specified in the dental plan certificate

Orthodontics (unless included as part of your dental plan benefits) including orthodontic braces, appliances and all related services

Cosmetic dentistry (unless included as part of your dental plan benefits) provided by dentists solely for the purpose of improving the appearance of the tooth when tooth structure and function are satisfactory and no pathologic conditions (cavities) exist

Drugs and medications including intravenous conscious sedation, IV sedation and general anesthesia when performed with nonsurgical dental care

Analgesia, analgesic agents, and anxiolysis nitrous oxide, therapeutic drug injections, medicines or drugs for nonsurgical or surgical dental care except that intravenous conscious sedation is eligible as a separate benefit when performed in conjunction with complex surgical services.

Extractions of third molars (wisdom teeth) that do not exhibit pathology symptoms or impact the oral health of the member

Waiting periods for endodontic, periodontic and oral surgery services may differ from other Basic Services or Major Services under the same dental plan. There is a waiting period of up to 24 months for replacement of congenitally missing teeth or teeth extracted prior to coverage under this plan.

This is not a contract; it is a partial listing of benefits and services. All covered services are subject to the conditions, limitations, exclusions, terms and provisions of your certificate of coverage. In the event of a discrepancy between the information in this summary and the certificate of coverage, the certificate will prevail.

Anthem Blue Cross and Blue Shield is the trade name of Anthem Health Plans of Kentucky, Inc. Independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association. ® ANTHEM is a registered trademark of Anthem Insurance Companies, Inc. The Blue Cross and Blue Shield names and symbols are registered marks of the Blue Cross and Blue Shield Association.

Resumen de Beneficios

Anthem Dental Essential Choice

Commonwealth of KY: Plan Bronze

Anthem Dental Complete Network

Anthem BlueCross BlueShield

¡BIENVENIDO A SU PLAN DENTAL!

Los chequeos dentales periódicos permiten detectar, de manera temprana, signos de advertencia de ciertos problemas de salud, lo que significa que usted obtiene la atención que necesita para mantenerse saludable. Por eso, no escatime en la atención dental, ¡una buena atención bucal puede implicar una mejor salud en general!

Herramientas eficaces y fácilmente accesibles para miembros.

- **Consulte a un higienista:** los miembros de planes dentales simplemente pueden enviar preguntas sobre la salud dental por correo electrónico a un equipo de odontólogos certificados que, a su vez, responderán en aproximadamente 24 horas.
- **Evaluación de riesgos para la salud dental:** queremos que nuestros miembros de planes dentales comprendan mejor su salud bucal y los factores de riesgos de caries, enfermedades de las encías y cáncer bucal. Esta herramienta en línea fácil de usar puede ser útil en este sentido.
- **Calculador de costos de atención dental:** a fin de permitir que nuestros miembros de planes dentales comprendan mejor el costo de su atención dental, ofrecemos acceso a una herramienta fácil de usar, basada en la web, que proporciona estimados de los tratamientos y procedimientos dentales comunes a la hora de utilizar un dentista de la red.
- **Más funcionalidades:** gracias a nuestra última aplicación móvil, Anthem Anywhere, los miembros pueden encontrar un dentista de la red y ver sus reclamaciones. Está disponible para teléfonos Android y Apple.

Dentistas en la red de su plan.

- Usted podrá obtener ahorros cuando visite a un dentista de la red de su plan, ya que Anthem y el dentista han acordado el precio de los servicios cubiertos. Los dentistas que no son parte de nuestra red del plan no han acordado el precio y es posible que le facturen la diferencia entre lo que les paga Anthem y lo que el dentista suele cobrar.
- Para buscar un dentista por nombre o ubicación, visite anthem.com o llame al Servicio de Atención al Cliente de planes dentales al número que figura en el dorso de su tarjeta de identificación.

¿Está listo para utilizar los beneficios dentales?

- Elija un dentista de la red
- Solicite una cita
- Muéstrele al personal del consultorio su tarjeta de identificación del miembro
- Pague cualquier deducible o copago que sea parte de su plan

¿Necesita contactarse con nosotros?

Consulte el dorso de su tarjeta de identificación para saber con quién comunicarse por teléfono, correo postal o correo electrónico.

Resumen de sus beneficios dentales

El siguiente resumen de beneficios describe cómo funciona su plan dental y le brinda una referencia rápida de sus beneficios. Para obtener los detalles completos de la cobertura, consulte su póliza.

		Dentro de la red	Fuera de la red
Beneficio máximo anual	Año calendario		
· Por persona asegurada		**$750**	**$750**
Los servicios preventivos y de diagnóstico (D&P) se aplican al máximo anual		**Sí**	**Sí**
Traslación/traspaso máximo anual		**No/No**	**No/No**
Beneficio de ortodoncia máximo de por vida			
· Por persona asegurada elegible		**N/A**	**N/A**
Deducible anual			
· Máximo por persona asegurada/familia	Año calendario	**$50/Ilimitado**	**$50/Ilimitado**
Sin deducible para los servicios preventivos y de diagnóstico		**Sí**	**Sí**
Reembolsos por servicios fuera de la red		**Prima (MAC)**	

Anthem Blue Cross and Blue Shield es el nombre comercial de Anthem Health Plans of Kentucky, Inc., Licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. ® ANTHEM es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc. Los nombres y los símbolos de Blue Cross and Blue Shield son marcas registradas de Blue Cross and Blue Shield Association.

Servicios dentales	Dentro de la red Anthem paga:	Fuera de la red Anthem paga:	Periodo de espera
Servicios preventivos y de diagnóstico · Examen oral periódico — 2 cada 12 meses · Limpieza dental (profilaxis) — 2 cada 12 meses; con mantenimiento periodontal · Radiografías de aleta de mordida: — 1 juego cada 12 meses · Radiografías de boca completa o panorámicas: — 1 cada 60 meses · Aplicación de flúor: — 1 cada 12 meses; hasta los 18 años de edad · Selladores — 1 cada 60 meses; hasta los 18 años de edad	Coseguro del 100%	Coseguro del 100% de monto permitido*	Sin periodo de espera
Servicios básicos · Consultas (segunda opinión) — 1 cada 12 meses · Separador — 1 de por vida hasta los 18 años de edad; dientes posteriores · Empastes de amalgama (de color plateado) — 1 por diente cada 24 meses · Empastes de composite (del color de los dientes) — 1 por diente cada 24 meses Empastes posteriores (traseros) alternados con el beneficio de amalgama (de color plateado) · Biopsia con cepillo (prueba de cáncer) — Con cobertura, 1 cada 12 meses; todas las edades	Coseguro del 50%	Coseguro del 50% de monto permitido*	Sin periodo de espera
Endodoncia (no quirúrgica) · Nuevos tratamientos y tratamiento de conducto — Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin periodo de espera
Endodoncia (quirúrgica) · Apicectomía y apexificación — Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin periodo de espera
Periodoncia (no quirúrgica) · Mantenimiento periodontal — 4 cada 12 meses; con limpieza dental · Raspado y alisado radicular — 1 por cuadrante cada 24 meses	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin periodo de espera
Periodoncia (quirúrgica) — Sin cobertura · Cirugía periodontal (cirugía ósea, gingivectomía, procedimientos de injerto)	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin periodo de espera
Cirugía maxilofacial (simple) · Extracciones simples — 1 por diente de por vida	Coseguro del 50%	Coseguro del 50% de monto permitido*	Sin periodo de espera
Cirugía maxilofacial (compleja) · Extracciones quirúrgicas — 1 por diente de por vida	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin periodo de espera
Servicios superiores (de restauración) y prostodoncia · Coronas, carillas, dentaduras postizas y puentes — 1 por diente cada 84 meses · Implantes dentales — Sin cobertura · Blanqueamiento dental cosmético — Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin periodo de espera
Reparaciones y ajustes de prostodoncia · Reparaciones de corona, dentadura postiza y puente — 1 cada 12 meses; 6 meses después de la colocación · Ajustes de dentadura postiza y puente — 2 cada 12 meses; 6 meses después de la colocación	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin periodo de espera
Servicios de ortodoncia · Ninguno	Sin cobertura	Sin cobertura	N/A

*La diferencia entre el monto cobrado y el monto permitido fuera de la red pueden dar como resultado la facturación del saldo.

Anthem Blue Cross and Blue Shield es el nombre comercial de Anthem Health Plans of Kentucky, Inc., Licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. ® ANTHEM es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc. Los nombres y los símbolos de Blue Cross and Blue Shield son marcas registradas de Blue Cross and Blue Shield Association.

Programas y servicios adicionales

Anthem Whole Health Connection - Dental

- Para miembros con ciertas afecciones médicas, hay beneficios dentales adicionales disponibles sin un deducible o periodos de espera. Los servicios elegibles se pagan al 100% y no reducirán su máximo anual por año de cobertura (si corresponde).

Beneficio por lesiones dentales accidentales

- Brinda una cobertura del 100% a los miembros que sufren lesiones accidentales en los dientes hasta alcanzar el máximo anual por año de cobertura (si corresponde). No se aplican deducibles, coseguro del miembro o periodos de espera.

Extensión de beneficios

- Después del cese de la cobertura, los miembros tienen hasta 60 días para completar el tratamiento iniciado antes del cese de la cobertura conforme al plan, y los servicios elegibles tendrán cobertura.

Programa de atención dental internacional de emergencia

- Ofrece beneficios dentales de emergencia de dentistas certificados angloparlantes durante el trabajo o viajes en el exterior. Los servicios cubiertos elegibles se pagarán al 100% sin deducibles, coseguro del miembro o periodos de espera, y no reducirán el máximo anual por año de cobertura del miembro (si corresponde).

Exclusiones y limitaciones adicionales

A continuación, se encuentra una lista parcial de los servicios que no están cubiertos por su plan dental. Consulte su póliza para ver una lista completa.

Servicios prestados antes o después del periodo de esta cobertura. Servicios que recibió antes de la fecha de entrada en vigencia o después de finalizada la cobertura, a menos que se especifique lo contrario en el certificado del plan dental.

Ortodoncia (a menos que se incluya como parte de los beneficios de su plan dental). Se incluyen frenos, aparatos ortodónticos y todos los servicios relacionados.

Odontología cosmética (a menos que se incluya como parte de los beneficios de su plan dental). Servicios brindados por dentistas con el único propósito de mejorar la apariencia del diente si la estructura y funcionalidad del diente son satisfactorias y no existen afecciones patológicas (caries).

Fármacos y medicamentos. Se incluyen la sedación consciente intravenosa, la sedación IV y la anestesia general cuando se administran con atención dental no quirúrgica.

Analgesia, agentes analgésicos, óxido nitroso para ansiólisis, inyecciones de medicamentos terapéuticos, fármacos o medicamentos utilizados para atención dental quirúrgica o no quirúrgica, a menos que la sedación consciente intravenosa sea elegible como beneficio separado cuando se administra en conjunto con servicios quirúrgicos complejos.

Extracciones de terceros molares (muelas de juicio) que no presenten ningún síntoma patológico o afecten la salud bucal del miembro.

Los periodos de espera para los servicios de endodoncia, de periodoncia y de cirugía maxilofacial pueden ser diferentes a los de otros servicios básicos o servicios superiores que se encuentren dentro del mismo plan dental. Hay un periodo de espera de 24 meses para el reemplazo de dientes por ausencia congénita o de dientes extraídos antes de que comenzara la cobertura de este plan.

El presente documento no es un contrato; es un listado parcial de beneficios y servicios. Todos los servicios cubiertos están sujetos a las condiciones, las limitaciones, las exclusiones, los términos y las disposiciones del certificado de cobertura. Si existieran diferencias entre la información presente en este resumen y el certificado de cobertura, prevalecerá el certificado.

Anthem Blue Cross and Blue Shield es el nombre comercial de Anthem Health Plans of Kentucky, Inc., Licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.
® ANTHEM es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc. Los nombres y los símbolos de Blue Cross and Blue Shield son marcas registradas de Blue Cross and Blue Shield Association.