

We cover what matters.



Dental Plan Benefits

ALLKids 1.888.373.5437

alabamapublichealth.gov

Effective October 1, 2021
Fecha de entrada en vigencia:
1 de octubre de 2021

Visit our website at
AlabamaBlue.com



**BlueCross BlueShield
of Alabama**

An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

**ALL Kids
Dental Benefits
October 1, 2021**

**Note: All services must be rendered by a Preferred Dentist.
Services rendered by a non-Preferred Dentist will not be covered.**

| GENERAL PROVISIONS | |
|--|--|
| Deductible | No deductible |
| Maximum | \$1,500 per member each calendar year excluding diagnostic and preventive services |
| DIAGNOSTIC AND PREVENTIVE (Exams and Cleanings) | |
| No Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Low Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. | |
| RESTORATIVE (Fillings and Root Canals) | |
| No Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Low Fee: \$5 copay per visit, then covered at 100% of the allowance. Fee: \$20 copay per visit, then covered at 100% of the allowance. | |
| SUPPLEMENTAL (Oral Surgery and Anesthesia) | |
| No Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Low Fee: \$5 copay per visit, then covered at 100% of the allowance. Fee: \$20 copay per visit, then covered at 100% of the allowance. | |
| Note: Precertification if required for inpatient hospital visits. | |
| PROSTHETIC (Crowns and Dentures) | |
| No Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Low Fee: \$5 copay per visit, then covered at 100% of the allowance. Fee: \$20 copay per visit, then covered at 100% of the allowance. | |
| PERIODONTIC (Gum Disease) | |
| No Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Low Fee: \$5 copay per visit, then covered at 100% of the allowance. Fee: \$20 copay per visit, then covered at 100% of the allowance. | |

Note: Benefits for orthodontia are covered under the medical plan for certain diagnosed conditions. Refer to your benefit booklet for more information.

This is not a contract. Benefits are subject to the terms, limitations and conditions of the group contract.

ALL Kids
Beneficios dentales
1 de octubre de 2021

**Nota: Todos los servicios deben ser prestados por un dentista preferido.
 Los servicios prestados por un dentista no preferido no se cubrirán.**

| DISPOSICIONES GENERALES | |
|--|---|
| Deducible | Sin deducible |
| Máximo | \$1,500 por miembro cada año calendario, excluyendo los servicios de diagnóstico y preventivos. |
| PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO Y PREVENCIÓN (Exámenes y Limpiezas) | |
| Sin Cargo: Sin copago, luego se cubre el 100% de la asignación. Cargo Bajo: Sin copago, luego se cubre el 100% de la asignación. Cargo: Sin copago, luego se cubre el 100% de la asignación. | |
| PROCEDIMIENTOS DE RESTAURACIÓN (Empastes y Empastes de las Raíces) | |
| Sin Cargo: Sin copago, luego se cubre el 100% de la asignación. Cargo Bajo: Copago de \$5 por consulta, luego se cubre el 100% de la asignación. Cargo: Copago de \$20 por consulta, luego se cubre el 100% de la asignación. | |
| PROCEDIMIENTOS COMPLEMENTARIOS (Cirugía y Anestesia Orales) | |
| Sin Cargo: Sin copago, luego se cubre el 100% de la asignación. Cargo Bajo: Copago de \$5 por consulta, luego se cubre el 100% de la asignación. Cargo: Copago de \$20 por consulta, luego se cubre el 100% de la asignación. | |
| Nota: se necesita una precertificación para las visitas a pacientes hospitalizados. | |
| PROCEDIMIENTOS PROTÉSICOS (Coronas y Dentaduras Postizas) | |
| Sin Cargo: Sin copago, luego se cubre el 100% de la asignación. Cargo Bajo: Copago de \$5 por consulta, luego se cubre el 100% de la asignación. Cargo: Copago de \$20 por consulta, luego se cubre el 100% de la asignación. | |
| PROCEDIMIENTOS PERIODONTALES (Enfermedad Periodontal) | |
| Sin Cargo: Sin copago, luego se cubre el 100% de la asignación. Cargo Bajo: Copago de \$5 por consulta, luego se cubre el 100% de la asignación. Cargo: Copago de \$20 por consulta, luego se cubre el 100% de la asignación. | |

Nota: El plan médico cubre los beneficios relacionados con la ortodoncia correspondientes a algunas condiciones diagnosticadas. Consulte su folleto de beneficios para obtener más información.

Este documento no constituye un contrato. Los beneficios están sujetos a los términos,
 las limitaciones y las condiciones del contrato colectivo.

Group 05000