

Beneficios del afiliado



Todos los procedimientos cubiertos son proporcionados a su hijo/a SIN COSTO ALGUNO. Pueden aplicar exclusiones y limitaciones. Los beneficios cubiertos se basan en la necesidad médica.

* Servicio preventivos

- ~ Vistas al consultorio
- ~ Limpieza/profilaxis, máximo una cada 6 meses
- ~ Aplicación tópica de flúor, máximo una cada 6 meses
- ~ Sellantes, máximo una aplicación por diente cada 3 años
- ~ Mantenedores de espacios

* Examen bucal

- ~ Examen bucal inicial
- ~ Examen bucal periódico, máximo uno cada 6 años
- ~ Examen de emergencia

* X-Radiografías o rayos X

- ~ Periapical intraoral
- ~ Interproximal o aleta de mordida, máximo una cada 6 meses
- ~ Set completo de radiografías, máximo una cada 3 años
- ~ Radiografía panorámica, máximo una cada 3 años

* Servicios de restauración (empastes y coronas)

- ~ Restauración con amalgamas (empastes plateados)
- ~ Restauración con resinas compuestas (empastes blancos)
- ~ Coronas prefabricadas de acero inoxidable*
- ~ Coronas*

* Cirugía bucal (extracciones)

- ~ Extracciones de rutina
- ~ Biopsias*
- ~ Tratamiento quirúrgico de enfermedades
- ~ Lesiones, deformaciones y defectos**

* Servicios de endodoncia (tratamientos de conducto)*

- ~ Terapia endodóntica o tratamiento de conducto en dientes temporales y permanentes*
- ~ Apicectomía, cirugía en la superficie de la raíz*
- ~ Servicio de periodoncia*
- ~ Curetaje gingival, incluye anestesia local*
- ~ Colgajo gingival*
- ~ Raspado y alisado radicular*

* Prostodoncia removible (prótesis)*

- ~ Prótesis superior, inferior o set completo, limitado a una durante la vida del niño/de la niña*
- ~ Los servicios se encuentran limitados a aquellas circunstancias donde la condición del niño/a genera una discapacidad o impedimento a su desarrollo. La cobertura se basa en la necesidad médica.

* Servicios de ortodoncia (aparatos odontológicos) *

- ~ Los servicios se encuentran limitados a aquellas circunstancias donde la condición del niño/a genera una discapacidad o impedimento a su desarrollo. La cobertura se basa en la necesidad médica.
- ~ No cubiertos para fines cosméticos
- ~ No cubiertos para tratamiento de dos fases, salvo en casos de labio leporino

* Analgesia y sedación*

- ~ La administración temporal de un medicamento para detener temporalmente la sensación de dolor de un niño*
- ~ Restringido a niños con discapacidades mentales o físicas o mentales severas o que son difíciles de controlar. El servicio se encuentra limitado a 3 veces al año cada 12 meses
- ~ Administración endovenosa de medicamentos*
- ~ Administración no endovenosa de medicamentos, máximo 3 veces al año

* Medicamentos inyectables

- ~ La inyección de medicamentos para tratar enfermedades o dolencias

* Tratamiento paliativo

- ~ Los servicios necesarios para aliviar el dolor y la incomodidad sólo se encuentran cubiertos en caso de emergencias

* Hospitalización*

- ~ La hospitalización para tratamientos odontológicos sólo es cubierta si la salud del niño/a se encuentra tan comprometida que los procedimientos no pueden efectuarse de manera segura en el consultorio odontológico; y/o si el niño/a es incontrolable debido a inestabilidad emocional o retraso en el desarrollo

Argus Customer Care
888-978-9513

* Prior Authorization Required