



Plan Dental

BLUE CROSS BLUE SHIELD

IN-NETWORK

OUT-OF-NETWORK

Deducible del Año Calendario	\$50 Indiv / \$150 Family	\$50 Indiv / \$150 Family
Servicios Preventivos (i.e.limpiezas)	100% de la cantidad permitida	80% de la cantidad permitida
Servicios Básicos (e.g. amalgamas)	80% de la cantidad permitida	80% de la cantidad permitida
Servicios Principales (como coronas y dentaduras)	50% de la cantidad permitida	50% de la cantidad permitida
Máximo Anual	\$1,500	\$1,500
Ortodoncia	50% - Solo niños hasta los 19	50% - Solo niños hasta los 19
Máxima por Vida de Ortodoncia	\$1,500	\$1,500

Employee Contributions

Frecuencia de Pago*	12	17	24
Empleado Sólo	\$25.00	\$17.65	\$12.50
Empleado + Hijos	\$75.00	\$52.94	\$37.50
Empleado + Cónyuge	\$50.00	\$35.29	\$25.00
Empleado + Familia	\$100.00	\$70.59	\$50.00

* Frecuencia de Pago: Columna 12 - Mensual

Columna 17 - Quincenal (Conductores de autobuses, empleados de nutrición infantil)

Columna 24 - Pago semi mensual (Custodios, Mantenimiento, Policía, Mecánicos)

Su plan le permite utilizar a cualquier dentista. Sin embargo, puede ahorrar dinero al ver un Dentista de la red de BCBSTX DentaBlue. El dentista dentro de la red no puede facturarle el saldo por encima de la cantidad permitida por BCBSTX. Busque un dentista dentro de la red en su aplicación MyMISD o en www.bcbstx.com