



YOUR HEALTH. OUR PRIORITY.

Ambetter of Arkansas delivers quality healthcare solutions that help Arkansas residents live better. And with Ambetter, our Health Insurance Marketplace insurance plan, we offer a variety of affordable options that make it easier to stay healthy—and to stay covered.

At Ambetter of Arkansas, we believe that nothing is more important than your health. We also believe that you deserve to get the most out of your Marketplace health insurance plan.

That's why we make sure our Ambetter plans fit your health needs and your budget. But our focus doesn't stop there. In fact, our commitment to your well-being extends far beyond the doctor's office and into your everyday life. Ambetter

of Arkansas is active in your local community—and we're dedicated to helping you live well.

Our Ambetter plans also offer a wide variety of valuable programs, educational tools and support. With Ambetter of Arkansas it's easy to stay in charge of your health. And to lead a healthy, fulfilling life.



Comprehensive Medical Care

Complete medical care that covers all of your Essential Health Benefits.



My Health Pays™ Program

Earn reward dollars just by staying proactive about your health.



Integrated Care Management

Get well and stay well with preventive care and whole health services.



Prescription Coverage

Get coverage for your medical prescriptions.



24/7 Nurse Advice Line

Call and talk to a registered nurse 24 hours a day, 7 days a week to ask questions or get medical advice.



Vision Coverage

Pediatric coverage for services such as eye exams and prescription eyewear. Optional adult vision coverage only offered on some Balanced Care and Essential Care plans.



Optional Adult Dental Coverage

Coverage for services such as teeth cleanings, screenings and exams. Only offered on some Balanced Care and Essential Care plans.



To learn more, visit AmbetterofArkansas.com.

Ambetter of Arkansas is underwritten by Arkansas Health & Wellness Solutions, a Qualified Health Plan Issuer in the Arkansas Health Insurance Marketplace. Ambetter of Arkansas does not discriminate on the basis of race, color, national origin, disability, age, sex, gender identity, sexual orientation, or health status in the administration of the plan, including enrollment and benefit determinations.

Extra benefits help you live better

Take charge with our special rewards program.



My Health Pays™ - Earn up to \$200.

Ambetter of Arkansas rewards your healthy choices through our My Health Pays incentive program. Earn up to \$200 on your My Health Pays card when you:

- Log in to your online member account to begin the program (\$25)
- Complete your Ambetter Wellbeing Survey (\$50)
- Receive your annual wellness exam by going to your primary care provider (PCP) (\$50)
- Get your annual flu vaccine (\$25)
- Complete a personalized health plan (\$50)

Use your card to pay for baby care items, groceries, over-the-counter medicines and personal care items.

Enroll today! Call 1-877-617-0390 (TDD/TTY: 877-617-0392) or visit AmbetterofArkansas.com. Text ARKANSAS to 36453*

* Standard message and data rates may apply. Reply STOP to opt-out. No purchase necessary. We'll text you a few times per month. Terms and Privacy: AmbetterofArkansas.com

Ambetter Balanced Care 7 (2016)

+ **Vision & Adult Dental** (Silver Level)

	In-network	Out-of-network
Medical Annual Deductible	Individual: \$3,000; Family: \$6,000	Individual: \$6,000; Family: \$12,000
Medical Coinsurance	20% Coinsurance	50% Coinsurance
Prescription Drug Annual Deductible	Individual: \$1,000; Family: \$2,000	Individual: Not covered; Family: Not covered
Prescription Drug Coinsurance	0% Coinsurance	Not covered
Maximum Annual Out-of-pocket	Individual: \$6,000; Family: \$12,000	Individual: \$12,000; Family: \$24,000

To find our most up to date list of in-network providers, please visit our website at AmbetterofArkansas.com and select "Find a Provider" in the main menu. Providers listed in the Ambetter of Arkansas online directory are in-network.

Emergency Services	Your Cost (In-Network Providers only)	Out-of-Network	Subject to Deductible
Emergency Room Services	\$250 Copay after deductible	\$250 Copay after deductible	Yes
Emergency Transportation/Ambulance (Air or Ground)	20% Coinsurance after deductible	20% Coinsurance after deductible	Yes
Urgent Care	\$100 Copay	50% Coinsurance	No

Provider Services

Annual Well Visit/Screening/Immunization/Well Baby	No charge	50% Coinsurance	No
Primary Care Visit to treat an injury or illness and Maternity	\$50 Copay	50% Coinsurance	No
Specialist Visit (e.g. Cardiology, Podiatry, Chiropractic Care)	\$75 Copay	50% Coinsurance	No
Imaging (CT/PET Scans, MRIs)	\$150 Copay	50% Coinsurance	No
X-rays & Diagnostic Imaging	\$50 Copay	50% Coinsurance	No

Inpatient & Outpatient Services

Inpatient Facility Fee (Includes Mental Health, Substance Use and Maternity)	\$1,000 Copay per day after deductible	50% Coinsurance after deductible	Yes
Inpatient Hospital Physician & Surgical Services	20% Coinsurance after deductible	50% Coinsurance after deductible	Yes
Outpatient Facility Fee (e.g. Ambulatory Surgery Center)	20% Coinsurance after deductible	50% Coinsurance after deductible	Yes
Outpatient Surgery Physician/Surgical Services	20% Coinsurance after deductible	50% Coinsurance after deductible	Yes
Laboratory Outpatient & Professional Services	\$50 Copay	50% Coinsurance	No

Other Medical Services

Mental/Behavioral Health & Substance Use Disorder Outpatient Services	\$50 Copay	50% Coinsurance	No
Rehabilitation Outpatient Services (includes Speech, Occupational and Physical Therapy)	\$50 Copay	50% Coinsurance	No
Skilled Nursing Facility	\$100 Copay per day after deductible	50% Coinsurance after deductible	Yes

Pediatric Vision

Routine Eye Exam (1 visit per year)	100% Covered	Covered up to \$38.50	No
Eyeglasses (frames, 1 item per year)	100% Covered	Covered up to \$50	No
Lenses (per pair)	100% Covered	Covered up to \$37.50	No

Prescription Drugs

Generics*	\$10 Copay	Not covered	No
Preferred Brand Drugs	\$50 Copay	Not covered	No
Non-preferred Brand Drugs	\$100 Copay after prescription drug deductible	Not covered	Yes
Specialty Drugs	\$250 Copay after prescription drug deductible	Not covered	Yes

*If the cost of the generic drug is less than the copay, you pay the lesser amount.
Information shown represents a Standard Cost Share Plan. Our plans do not cover all health care expenses. Covered benefits will vary by state. If services are provided by an out-of-network-provider, balanced billing may occur. For comprehensive benefit detail, members should review their Evidence of Coverage and Schedule of Benefits prior to receiving services. Exclusions and limitations may apply.

For help understanding the terms used above, see the Words to Know page on AmbetterofArkansas.com.

Ambetter Balanced Care 7 (2016)

+ **Vision & Adult Dental** (Silver Level)

Pediatric Vision (Up to 19 years of age)	Your Cost (In-Network Providers only)	Out-of-network	Subject to Deductible
Exams and Eyewear:			
Routine Eye Exam (1 visit per year)	100% Covered	Covered up to \$38.50	No
Eyeglasses (frames, 1 item per year)	100% Covered	Covered up to \$50	No
Lenses (per pair):			
Single	100% Covered	Covered up to \$37.50	No
Bifocal	100% Covered	Covered up to \$55	No
Trifocal	100% Covered	Covered up to \$75	No
Lenticular	100% Covered	Covered up to \$75	No
Contact Lenses:			
Contact lenses (in lieu of glasses)	100% Covered	Covered up to \$91	No
Contact lens fitting	100% Covered	Covered up to \$26.60	No
Specialty lens fitting	100% Covered	Covered up to \$35	No

Adult Vision (Ages 19 years of age and older*)	Your Cost (In-Network Providers only)	Out-of-network	Subject to Deductible
Exams and Eyewear:			
Routine Eye Exam (1 visit per year)	100% Covered	Covered up to \$38.50	No
Eyeglasses (frames, 1 item per year)	Covered up to \$130	Covered up to \$50	No
Lenses (per pair):			
Single	100% Covered	Covered up to \$37.50	No
Bifocal	100% Covered	Covered up to \$55	No
Trifocal	100% Covered	Covered up to \$75	No
Lenticular	100% Covered	Covered up to \$75	No
Contact Lenses:			
Contact lenses (in lieu of glasses)	Covered up to \$130	Covered up to \$91	No
Contact lens fitting	100% Covered	Covered up to \$26.60	No
Specialty lens fitting	Covered up to \$50	Covered up to \$35	No

*Adult routine vision does not apply to plan maximum.

Ambetter Balanced Care 7 (2016)

+ **Vision & Adult Dental** (Silver Level)

Adult Dental* (Ages 19 years of age and older, does not include Pediatric Dental Coverage)

Annual Maximum Dental Benefit** \$1,000 per covered person per calendar year

Routine Dental (Class 1)	Your Cost (In-Network Providers only)	Out-of-network	Subject to Deductible
Routine Oral Exam (1 per 6 months)	No charge, subject to Annual Maximum	No charge, subject to Annual Maximum	No
Routine Cleaning (1 per 6 months)	No charge, subject to Annual Maximum	No charge, subject to Annual Maximum	No
Bite-wing X-ray (1 per 12 months)	No charge, subject to Annual Maximum	No charge, subject to Annual Maximum	No
Full Mouth X-ray (1 per 60 months)	No charge, subject to Annual Maximum	No charge, subject to Annual Maximum	No
Panoramic Film (1 per 60 months)	No charge, subject to Annual Maximum	No charge, subject to Annual Maximum	No
Topical Fluoride Application (2 per 12 months)	No charge, subject to Annual Maximum	No charge, subject to Annual Maximum	No
Palliative Treatment for relief of pain (minor procedures)	No charge, subject to Annual Maximum	No charge, subject to Annual Maximum	No

Basic Dental (Class 2)	Your Cost (In-Network Providers only)	Out-of-network	Subject to Deductible
Basic Services:			
Silver Fillings (1 per 2 years)	50% coinsurance, subject to Annual Maximum	70% coinsurance, subject to Annual Maximum	No
Tooth Colored Fillings (1 per 2 years, front teeth only)	50% coinsurance, subject to Annual Maximum	70% coinsurance, subject to Annual Maximum	No
Endodontics:			
Therapeutic Pulpotomy on permanent teeth (1 per lifetime per tooth)	50% coinsurance, subject to Annual Maximum	70% coinsurance, subject to Annual Maximum	No
Periodontics:			
Scaling & Root Planning (1 per 24 months)	50% coinsurance, subject to Annual Maximum	70% coinsurance, subject to Annual Maximum	No
Periodontal Maintenance (4 in 12 months)	50% coinsurance, subject to Annual Maximum	70% coinsurance, subject to Annual Maximum	No
Oral Surgery:			
Simple Extractions	50% coinsurance, subject to Annual Maximum	70% coinsurance, subject to Annual Maximum	No
Surgical Extractions	50% coinsurance, subject to Annual Maximum	70% coinsurance, subject to Annual Maximum	No
Removal of Impacted Teeth	50% coinsurance, subject to Annual Maximum	70% coinsurance, subject to Annual Maximum	No
Alveoloplasty	50% coinsurance, subject to Annual Maximum	70% coinsurance, subject to Annual Maximum	No
Prosthodontics:			
Relines (1 per 36 months)	50% coinsurance, subject to Annual Maximum	70% coinsurance, subject to Annual Maximum	No
Rebase (1 per 36 months)	50% coinsurance, subject to Annual Maximum	70% coinsurance, subject to Annual Maximum	No
Adjustments	50% coinsurance, subject to Annual Maximum	70% coinsurance, subject to Annual Maximum	No
Repairs	50% coinsurance, subject to Annual Maximum	70% coinsurance, subject to Annual Maximum	No

*If you require coverage for Pediatric Dental please shop on the Health Insurance Marketplace for a stand alone dental plan.

**Dental Annual Maximum Benefit does not apply toward any other maximums.



SU SALUD. NUESTRA PRIORIDAD.

Ambetter of Arkansas ofrece soluciones de atención médica de calidad que ayudan a los residentes de Arkansas a vivir mejor. Y con Ambetter, nuestro plan de seguro del Mercado de seguros de salud, ofrecemos una variedad de opciones asequibles que hacen más fácil permanecer sano—y permanecer cubierto.

En Ambetter of Arkansas, creemos que nada es más importante que su salud. También creemos que usted merece aprovechar al máximo su plan de seguro de salud del Mercado.

Es por eso que nos aseguramos de que nuestros planes de Ambetter se ajusten a sus necesidades de salud y a su presupuesto. Pero nuestro enfoque no para ahí. De hecho, nuestro compromiso con su bienestar se extiende mucho

más allá del consultorio del médico e incluye su vida diaria. Ambetter of Arkansas es activo en su comunidad local—y estamos dedicados a ayudarle a vivir bien.

Nuestros planes de Ambetter también ofrecen una amplia variedad de programas valiosos, herramientas educativas y apoyo. Así que, con Ambetter of Arkansas, es fácil permanecer a cargo de su salud. Y llevar una vida sana y plena.



Atención médica completa - Atención médica completa que cubre todos sus Beneficios de salud esenciales.



Programa My Health Pays™ - Gane recompensas en dólares por tan solo permanecer proactivo acerca de su salud.



Administración integrada de la atención - Recupere su salud y permanezca sano con atención preventiva y servicios de salud completos.



Cobertura de medicamentos recetados - Obtenga cobertura para sus recetas médicas.



Línea de enfermería 24/7 - Llame y hable con un enfermero titulado las 24 horas del día, los 7 días de la semana para hacer preguntas u obtener consejo médico.



Cobertura para la vista - Cobertura pediátrica para servicios como por ejemplo exámenes de los ojos y anteojos con receta médica. La cobertura para la vista opcional para adultos solo se ofrece en algunos planes Balanced Care y Essential Care.



Cobertura dental opcional para adultos - Cobertura para servicios como por ejemplo limpiezas dentales, evaluaciones y exámenes. Solo se ofrece en algunos planes Balanced Care y Essential Care.



Para obtener más información, visite [AmbetterofArkansas.com](https://www.AmbetterofArkansas.com).

Ambetter of Arkansas está asegurado por Arkansas Health & Wellness Solutions; una compañía Autorizada de Planes de Salud en el Mercado de seguro médico de Arkansas y no discrimina basándose en raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo, identidad de género, orientación sexual o estado de salud en la administración del plan, incluso inscripción y determinaciones de beneficios.

Los beneficios adicionales le ayudan a vivir mejor.

Hágase cargo con programa especial de recompensas.



My Health Pays™ - Gane hasta \$200.

Ambetter of Arkansas recompensa sus opciones saludables a través de nuestro programa de incentivos My Health Pays. Gane hasta \$200 en su tarjeta de My Health Pays cuando:

- Entrar a su cuenta del miembro en línea para comenzar el programa (\$25)
- Completar su Cuestionario de bienestar de Ambetter (\$50)
- Hacerse su examen anual de bienestar yendo donde su proveedor de atención primaria (PCP) (\$50)
- Ponerse su vacuna antigripal anual (\$25)
- Completar un plan de salud personalizado (\$50)

Use sus recompensas para ayudar a pagar por artículos para el cuidado del bebé, provisiones/abarrotes, medicamentos de venta sin receta, y artículos para el cuidado personal.

¡Inscríbase Hoy! Llame al 1-877-617-0390 (TDD/TTY: 877-617-0392) o visite AmbetterofArkansas.com. Envíe un mensaje con la palabra ARKANSAS al 36453*

* Se pueden aplicar tarifas estándar de mensajes y datos. Responda STOP para no participar. No es necesario hacer una compra. Le enviaremos mensajes unas cuantas veces por mes. Términos y privacidad: AmbetterofArkansas.com

Ambetter Balanced Care 7 (2016)

+ Vista y dental para adultos (nivel de plata)

	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible médico anual	Individual: \$3,000; Familiar: \$6,000	Individual: \$6,000; Familiar: \$12,000
Coseguro médico	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%
Deducible anual para medicamentos recetados	Individual: \$1,000; Familiar: \$2,000	Individual: No están cubiertos; Familiar: No están cubiertos
Coseguro para medicamentos recetados	Coseguro del 0%	No están cubiertos
Máximo anual de su propio bolsillo	Individual: \$6,000; Familiar: \$12,000	Individual: \$12,000; Familiar: \$24,000

Para encontrar nuestra lista más actualizada de proveedores dentro de la red, visite nuestro sitio web en AmbetterofArkansas.com y elija "Encontrar un proveedor" en el menú principal. Los proveedores que aparecen en el directorio en línea de Ambetter of Arkansas están dentro de la red.

Servicios de emergencia	Su costo (solo Proveedores dentro de la red)	Fuera de la red	Sujeto a deducible
Servicios en la sala de emergencia	Copago de \$250 después del deducible	Copago de \$250 después del deducible	Sí
Transporte de emergencia/Ambulancia (aéreo o terrestre)	Coseguro del 20% después del deducible	Coseguro del 20% después del deducible	Sí
Atención médica de urgencia	Copago de \$100	Coseguro del 50%	No

Servicios de proveedores

Visita anual de la persona sana/Evaluaciones/Inmunizaciones/Del bebé sano	Sin costo	Coseguro del 50%	No
Visita de atención primaria para tratar cualquier lesión o enfermedad y maternidad	Copago de \$50	Coseguro del 50%	No
Visita al especialista (p. ej., cardiología, podiatría, cuidado quiropráctico)	Copago de \$75	Coseguro del 50%	No
Obtención de imágenes (CT/PET, MRI)	Copago de \$150	Coseguro del 50%	No
Radiografías y obtención de imágenes diagnósticas	Copago de \$50	Coseguro del 50%	No

Servicios para pacientes internados y ambulatorios

Tarifa en instalaciones para pacientes internados (incluye salud mental, abuso de sustancias y maternidad)	Copago de \$ 1,000 por día después del deducible	Coseguro del 50% después del deducible	Sí
Servicios quirúrgicos y de médicos en hospitales como paciente internado	Coseguro del 20% después del deducible	Coseguro del 50% después del deducible	Sí
Tarifas de instituciones para pacientes ambulatorios (p.ej., centro quirúrgico para pacientes ambulatorios)	Coseguro del 20% después del deducible	Coseguro del 50% después del deducible	Sí
Médico para cirugía ambulatoria/Servicios quirúrgicos	Coseguro del 20% después del deducible	Coseguro del 50% después del deducible	Sí
Laboratorio para pacientes ambulatorios y servicios profesionales	Copago de \$50	Coseguro del 50%	No

Otros servicios médicos

Salud mental/del comportamiento y servicios para pacientes ambulatorios para trastorno por abuso de sustancias	Copago de \$50	Coseguro del 50%	No
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios (incluye terapia del habla, ocupacional y física)	Copago de \$50	Coseguro del 50%	No
Institución de enfermería especializada	Copago de \$ 1,000 por día después del deducible	Coseguro del 50% después del deducible	Sí

Vista pediátrica

Examen de los ojos de rutina (1 visita por año)	Cubierto 100%	Cubierto hasta \$38.50	No
Anteojos (monturas, 1 artículo por año)	Cubierto 100%	Cubierto hasta \$50	No
Lentes (por par)	Cubierto 100%	Cubierto hasta \$37.50	No

Medicamentos recetados

Genéricos*	Copago de \$10	No están cubiertos	No
Medicamentos de marca preferidos	Copago de \$50	No están cubiertos	No
Medicamentos de marca no preferidos	Copago de \$100 después del deducible	No están cubiertos	Sí
Medicamentos especializados	Copago de \$250 después del deducible	No están cubiertos	Sí

*Si el costo del medicamento genérico es menor que el copago, usted paga la menor cantidad.

La información que se muestra representa un Plan de costo compartido estándar. Nuestros planes no cubren todos los gastos de atención médica. Los beneficios cubiertos variarán por estado. Si los servicios los brinda un proveedor fuera de la red, podría haber un cobro por una parte del servicio. Para obtener detalles completos sobre beneficios, los miembros deberían revisar su Evidencia de cobertura y Lista de beneficios antes de recibir servicios. Puede haber exclusiones y limitaciones.

Si necesita ayuda para entender los términos que se usan arriba, consulte la página Palabras que se deben conocer en AmbetterofArkansas.com.

AmbetterofArkansas.com • 1-877-617-0390 (TDD/TTY: 877-617-0392)

Esta es una publicidad para la venta de seguros. © 2015 Ambetter of Arkansas. Todos los derechos reservados.

AMB15-AR-C-00084

Ambetter Balanced Care 7 (2016)

+ **Vista y dental para adultos** (nivel de plata)

Vista pediátrica (hasta los 19 años de edad)	Su costo (solo Proveedores dentro de la red)	Fuera de la red	Sujeto a deducible
Exámenes y anteojos:			
Examen de los ojos de rutina (1 visita por año)	Cubierto 100%	Cubierto hasta \$38.50	No
Anteojos (monturas) (1 artículo por año)	Cubierto 100%	Cubierto hasta \$50	No
Lentes (por par):			
Simple	Cubierto 100%	Cubierto hasta \$37.50	No
Bifocal	Cubierto 100%	Cubierto hasta \$55	No
Trifocal	Cubierto 100%	Cubierto hasta \$75	No
Lenticular	Cubierto 100%	Cubierto hasta \$75	No
Lentes de contacto:			
Lentes de contacto (en lugar de anteojos)	Cubierto 100%	Cubierto hasta \$91	No
Ajuste de lentes de contacto	Cubierto 100%	Cubierto hasta \$26.60	No
Ajuste de lentes especializados	Cubierto 100%	Cubierto hasta \$35	No

Vista para adultos (19 años de edad y mayores*)	Su costo (solo Proveedores dentro de la red)	Fuera de la red	Sujeto a deducible
Exámenes y anteojos:			
Examen de los ojos de rutina (1 visita por año)	Cubierto 100%	Cubierto hasta \$38.50	No
Anteojos (monturas) (1 artículo por año)	Cubierto hasta \$130	Cubierto hasta \$50	No
Lentes (por par):			
Simple	Cubierto 100%	Cubierto hasta \$37.50	No
Bifocal	Cubierto 100%	Cubierto hasta \$55	No
Trifocal	Cubierto 100%	Cubierto hasta \$75	No
Lenticular	Cubierto 100%	Cubierto hasta \$75	No
Lentes de contacto:			
Lentes de contacto (en lugar de anteojos)	Cubierto hasta \$130	Cubierto hasta \$91	No
Ajuste de lentes de contacto	Cubierto 100%	Cubierto hasta \$26.60	No
Ajuste de lentes especializados	Cubierto hasta \$50	Cubierto hasta \$35	No

*El cuidado de la vista de rutina para adultos no aplica al máximo del plan.

Ambetter Balanced Care 7 (2016)

+ **Vista y dental para adultos** (nivel de plata)

Dental para adultos* (19 años de edad y mayores, no incluye cobertura dental pediátrica)

Beneficio dental anual máximo** \$1,000 por persona cubierta por año del calendario

Dental rutina (Clase 1)	Su costo (solo Proveedores dentro de la red)	Fuera de la red	Sujeto a deducible
Examen oral de rutina (1 por 6 meses)	Sin cargo, sujeto al máximo anual	Sin cargo, sujeto al máximo anual	No
Limpieza de rutina (1 por 6 meses)	Sin cargo, sujeto al máximo anual	Sin cargo, sujeto al máximo anual	No
Radiografía con aleta mordida (1 por 12 meses)	Sin cargo, sujeto al máximo anual	Sin cargo, sujeto al máximo anual	No
Radiografía completa de la boca (1 por 60 meses)	Sin cargo, sujeto al máximo anual	Sin cargo, sujeto al máximo anual	No
Película panorámica (1 por 60 meses)	Sin cargo, sujeto al máximo anual	Sin cargo, sujeto al máximo anual	No
Aplicación tópica de flúor (2 por 12 meses)	Sin cargo, sujeto al máximo anual	Sin cargo, sujeto al máximo anual	No
Tratamiento paliativo para alivio del dolor (procedimientos menores)	Sin cargo, sujeto al máximo anual	Sin cargo, sujeto al máximo anual	No

Dental básico (Clase 2)	Su costo (solo Proveedores dentro de la red)	Fuera de la red	Sujeto a deducible
Servicios básicos:			
Empastes de plata (1 por 2 años)	Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual	Coseguro del 70%, sujeto al máximo anual	No
Empastes de color del diente (1 por 2 años, solo para dientes delanteros)	Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual	Coseguro del 70%, sujeto al máximo anual	No
Endodoncia:			
Pulpotomía terapéutica en dientes permanentes (1 por toda la vida por diente)	Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual	Coseguro del 70%, sujeto al máximo anual	No
Periodoncia:			
Eliminación profunda del sarro y alisado radicular (1 por 24 meses)	Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual	Coseguro del 70%, sujeto al máximo anual	No
Mantenimiento periodóntico (4 en 12 meses)	Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual	Coseguro del 70%, sujeto al máximo anual	No
Cirugía oral:			
Extracciones simples	Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual	Coseguro del 70%, sujeto al máximo anual	No
Extracciones quirúrgicas	Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual	Coseguro del 70%, sujeto al máximo anual	No
Extracción de dientes impactados	Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual	Coseguro del 70%, sujeto al máximo anual	No
Alveoplastia	Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual	Coseguro del 70%, sujeto al máximo anual	No
Prostodoncia:			
Recubrimientos (1 por 36 meses)	Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual	Coseguro del 70%, sujeto al máximo anual	No
Rebasados (1 por 36 meses)	Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual	Coseguro del 70%, sujeto al máximo anual	No
Ajustes	Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual	Coseguro del 70%, sujeto al máximo anual	No
Reparaciones	Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual	Coseguro del 70%, sujeto al máximo anual	No

*Si requiere cobertura dental pediátrica busque un plan dental independiente en el mercado de seguros de salud.

**El beneficio dental máximo anual no aplica a ningún otro máximo..