



ambetter.



FROM **celticare health.**

Ambetter

YOUR HEALTH. OUR PRIORITY.

CeltiCare Health delivers quality healthcare solutions that help Massachusetts 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 CeltiCare Health, 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. CeltiCare Health 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 from CeltiCare Health 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.



Dental Coverage
Coverage for services such as teeth cleanings, screenings and exams.



Vision Coverage
Pediatric coverage for services such as eye exams and prescription eyewear. Optional adult vision coverage also available.



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.



Integrated Care Management
Get well and stay well with preventive care and whole health services.



Gym Reimbursement Program
Ambetter's gym membership benefits program makes it easier to stay in shape and stay healthy.



Prescription Coverage
Get coverage for your medical prescriptions.

To learn more about Ambetter from CeltiCare Health plans, visit Ambetter.CeltiCareHealthPlan.com or call CeltiCare Member Services at 1-877-687-1186 (TTY/TDD: 1-877-941-9234). Ambetter from CeltiCare Health is a Qualified Health Plan issuer in the Massachusetts Health Insurance Marketplace and 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 special programs and rewards.



My Health Pays™ - Earn up to \$125.

Ambetter from CultiCare Health rewards your healthy choices through our My Health Pays incentive program. Earn up to \$125 on your My Health Pays card for:

- Completing your online Welcome Survey (\$50)
- Getting your Annual Wellness Exam (\$50)
- Getting your Annual Flu Vaccine (\$25)

Use your card to pay for out-of-pocket costs such as doctor copays, deductibles or monthly premium payments.



Wellness Program Reimbursement

Ambetter's wellness program benefits make it easier to stay in shape and stay healthy. With Ambetter, you can:

- Earn \$20 for every month you visit the gym of your choice at least eight times, or receive reimbursement for a pair of running shoes.
- Get discounts on gym membership fees at approved locations. We've partnered with gyms and health clubs across the country. Just visit Ambetter.CultiCareHealthPlan.com to find an eligible gym in your area.
- Get reimbursement of the registration fee and weekly dues for participating in a 12-week Weight Watchers® Traditional or At-Work program.

Enroll today! Call 1-877-687-1186 (TDD/TTY: 1-877-941-9234) or visit Ambetter.CultiCareHealthPlan.com. Text MASSACHUSETTS 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: Ambetter.CultiCareHealthPlan.com

Ambetter Essential Care 1 + Dental

(formerly Bronze 1)

Medical & Prescription Drug Annual Deductible	Individual: \$2,000; Family: \$4,000
Medical Coinsurance	50/50% after annual deductible
Maximum Annual Out-of-pocket	Individual: \$6,350; Family: \$12,700

Covered benefits are for In-network providers only. To find our most up to date list of in-network providers, please visit our website at Ambetter.CeltiCareHealthPlan.com and select "Find a Provider" in the main menu. Providers listed in Ambetter from CultiCare Health online directory are in-network.

Emergency Services	Your Cost (In-Network Providers only)	Out-of-Network	Subject to Deductible
Emergency Room Services	\$750 copay after annual deductible	Covered	Yes
Emergency Transportation/Ambulance (Air or Ground)	\$0 copay after annual deductible	Covered	Yes
Urgent Care	\$100 copay after annual deductible	Not Covered	Yes

Provider Services	Your Cost (In-Network Providers only)	Out-of-Network	Subject to Deductible
Annual Well Visit/Screening/Immunization/Well Baby	No Charge	Not Covered	No
Primary Care Visit to treat an injury or illness and Maternity	\$50 copay after annual deductible	Not Covered	Yes
Specialist Visit (e.g. Cardiology, Podiatry, Chiropractic Care)	\$75 copay after annual deductible	Not Covered	Yes
Imaging (CT/PET Scans, MRIs)	\$1,000 copay after annual deductible	Not Covered	Yes
X-rays & Diagnostic Imaging	\$75 copay after annual deductible	Not Covered	Yes

Inpatient & Outpatient Services	Your Cost (In-Network Providers only)	Out-of-Network	Subject to Deductible
Inpatient Hospital Services (Includes Mental Health & Substance Abuse and Maternity)	\$0 copay after annual deductible	Not Covered	Yes
Inpatient Hospital Fee	\$1,000 copay per stay after annual deductible	Not Covered	Yes
Outpatient Facility Fee (e.g. Ambulatory Surgery Center)	\$1,000 copay after annual deductible	Not Covered	Yes
Outpatient Surgery Physician/Surgical Services	\$0 copay after annual deductible	Not Covered	Yes
Laboratory Outpatient & Professional Services	\$50 copay after annual deductible	Not Covered	Yes

Other Medical Services	Your Cost (In-Network Providers only)	Out-of-Network	Subject to Deductible
Mental/Behavioral Health & Substance Abuse Disorder Outpatient Services	\$50 copay after annual deductible	Not Covered	Yes
Rehabilitative Speech Therapy/Rehabilitative Occupational & Rehabilitative Physical Therapy	\$75 copay after annual deductible	Not Covered	Yes
Skilled Nursing Facility	\$250 copay after annual deductible	Not Covered	Yes

Pediatric Vision	Your Cost (In-Network Providers only)	Out-of-Network	Subject to Deductible
Routine Eye Exam (1 visit per year)	100% covered after \$20 copay	Not Covered	No
Eyeglasses (frames and lenses, 1 item per year)	100% covered after \$20 copay	Not Covered	No
Contact Lenses (in lieu of glasses)	Covered up to \$130 after \$20 copay	Not Covered	No

Prescription Drugs	Your Cost (In-Network Providers only)	Out-of-Network	Subject to Deductible
Generics	\$30 copay* after annual deductible	Not Covered	Yes
Preferred Brand Drugs	50% coinsurance after annual deductible	Not Covered	Yes
Non-preferred Brand Drugs	50% coinsurance after annual deductible	Not Covered	Yes
Specialty Drugs	50% coinsurance after annual 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 60% Actuarial Value. Our Ambetter plans do not cover all health care expenses. Covered benefits will vary by state and are for in-network providers only. 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 Ambetter.CeltiCareHealthPlan.com.

Ambetter.CeltiCareHealthPlan.com • 1-877-687-1186 (TDD/TTY: 1-877-941-9234)



Ambetter Essential Care 1 + Dental

(formerly Bronze 1)

HD Dental Services

Under Age 19 Benefits & Annual Deductibles	Your Cost (In-Network Providers only)	Out-of-network	Subject to Deductible
Annual Deductible Type II & Type III Services Only	Individual: \$50; Family: \$150	Individual: \$50; Family: \$150	
Annual Maximum per person	N/A	N/A	
Enrollee Maximum Out-of-pocket	\$1,000	N/A	
Type I Services: Preventive & Diagnostic <ul style="list-style-type: none"> Comprehensive Evaluation - Once per lifetime per patient per provider or location Periodic Oral Exams/Limited Oral Evaluations - 2 per 12 months per patient Full Mouth X-rays - Once per 36 months per patient per provider or location Panoramic X-rays - Once every 36 months per patient per provider or location Bitewing X-rays - 2 per 12 months per patient Single Tooth X-rays - Maximum of one per visit Teeth Cleaning - 2 per 12 months per patient, includes minor scaling procedures Fluoride Treatments - Once per day per patient per provider per location Space Maintainers Sealants - Once per 3 years per patient per tooth per provider or location. Sealants are not covered on previously restored tooth surfaces. 	\$0	20%	No
Type II Services: Basic Covered Services <ul style="list-style-type: none"> Amalgam Restorations - Once per 12 months per tooth surface per patient Composite Resin Restorations - Once per 12 months per tooth surface per patient. For primary, posterior teeth reimbursement for a composite restoration should not exceed the reimbursement for an amalgam restoration. Root canals on permanent teeth - Once per lifetime per tooth Prefabricated Stainless Steel Crowns - Once per lifetime per tooth Periodontal Scaling and Root Planing - Once per 36 months per patient Simple Extractions - Once per lifetime per tooth, erupted or exposed root Surgical Extractions - Once per lifetime per tooth, removal of completely bony impacted tooth requires prior authorization General Anesthesia & Intravenous Conscious Sedation - Allowed on covered surgical services only 	25%	45%	Yes
Type III Services: Major Restorative Services <ul style="list-style-type: none"> Crown, resin - Once per 60 months per tooth Crowns, porcelain/ceramic - Once per 60 months per tooth Crowns, porcelain fused to metal/noble/high noble crowns - Once per 60 months per tooth Partial & complete dentures - Once per 84 months Reline or rebase partial or complete denture - Once per 24 months per patient 	50%	70%	Yes
Type IV Services: Orthodontia Covered only when medically necessary; patient must have severe and handicapping malocclusion as defined by HLD index score of 28 and/or one or more auto qualifiers; requires prior authorization.	50%	50%	No



Ambetter Essential Care 1 + Dental

(formerly Bronze 1)

HD Dental Services

Age 19 and Over Benefits & Annual Deductibles	Your Cost (In-Network Providers only)	Out-of-network	Subject to Deductible
Annual Deductible Type II & Type III Services Only	Individual: \$50; Family: \$150	Individual: \$50; Family: \$150	
Annual Maximum per person	\$1,250	\$1,250	
Enrollee Maximum Out-of-pocket	N/A	N/A	
Type I Services: Preventive & Diagnostic <ul style="list-style-type: none"> Comprehensive Evaluation - Once every 60 months per dentist Periodic Oral Exams - 2 per 12 months per patient Full Mouth X-rays - Once every 60 months per patient Bitewing X-rays - Once every 6 months per patient Single Tooth X-rays - As needed Teeth Cleaning - 2 per 12 months per patient Periodontal Cleaning - Once every 3 months following active periodontal treatment, not to exceed 2 in 12 month period if combined with preventive cleanings 	\$0	20%	No
Type II Services: Basic Covered Services <ul style="list-style-type: none"> Silver Fillings - Once every 24 months per surface per tooth White Fillings - Once every 24 months per surface per tooth on front teeth Temporary Fillings - Once per tooth Oral Surgical Benefits not provided when rendered in a surgical day care or hospital setting Simple Extractions Root canals on permanent teeth - Once per lifetime per tooth Periodontal Surgery - Once per quadrant every 36 months Scaling and Root Planing - Once per quadrant every 24 months Vital Pulpotomy - Limited to deciduous teeth Bridge or Denture Repair - Once every 24 months, same repair Rebase or reline of Dentures - Once every 36 months Recement Crowns and Onlays - Once per tooth Minor treatment for pain relief - 3 occurrences in 12 months 	25%	45%	Yes
Type III Services: Major Restorative Services (Six Month Waiting Period) <ul style="list-style-type: none"> Partial & Complete Dentures - Once per 84 months Fixed Bridges & Crowns (when part of a bridge) - Once every 84 months Crowns (when teeth cannot be restored with regular fillings) - Once every 84 months per tooth General Anesthesia - Allowed with covered surgical services only 	50%	70%	Yes



ambetter.

Ambetter

SU SALUD. NUESTRA PRIORIDAD.

CeltiCare Health ofrece soluciones de atención médica de calidad que ayudan a los residentes de Massachusetts 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 CeltiCare Health, 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.

CeltiCare Health es activo en su comunidad local—y estamos dedicados a ayudarlo a vivir bien.

Nuestros planes de Ambetter también ofrecen una amplia variedad de programas valiosos, herramientas educativas y apoyo. Así que, con Ambetter de CeltiCare Health, 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.



Cobertura dental - Cobertura para servicios como por ejemplo limpiezas dentales, evaluaciones y exámenes.



Cobertura para la vista - Cobertura pediátrica para servicios como por ejemplo exámenes de los ojos y anteojos con receta médica. También hay disponible cobertura para la vista opcional para adultos.



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.



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



Programa de reembolso para gimnasio - El programa de beneficios de Ambetter para la membresía de un gimnasio hace más fácil mantenerse en forma y permanecer sano.



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

Para obtener más información acerca de Ambetter de los planes de salud de CeltiCare Health, visite Ambetter.CeltiCareHealthPlan.com o llame a Servicios para los miembros de CeltiCare Health al **1-877-687-1186** (TTY/TDD: 1-877-941-9234). Ambetter de CeltiCare Health es una empresa que ofrece Planes de salud autorizados en el Mercado de seguros de salud de Massachusetts y no discrimina en base a 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.

DE  **celticare health.**

Los beneficios adicionales le ayudan a vivir mejor.

Hágase cargo con programas especiales y recompensas.



My Health Pays™ - Gane hasta \$125.

Ambetter de CeltiCare Health recompensa sus opciones saludables a través de nuestro programa de incentivos My Health Pays. Gane hasta \$125 en su tarjeta de My Health Pays por:

- Completar su Cuestionario de bienvenida en línea (\$50)
- Hacerse su Examen anual de bienestar (\$50)
- Recibir su vacuna antigripal anual (\$25)

Use su tarjeta para pagar por costos de su propio bolsillo como por ejemplo copagos al médico, deducibles o pagos de la prima mensual.



Reembolso del programa de bienestar

Los programas de bienestar de Ambetter hacen más fácil mantenerse en forma y permanecer sano. Con Ambetter, usted puede:

- Ganar \$20 por cada mes que vaya al gimnasio de su elección al menos ocho veces, o recibir reembolso para un par de zapatillas para correr.
- Obtener descuentos en la cuota de membresía de un gimnasio en las ubicaciones aprobadas. Nos hemos asociado con gimnasios y clubes de salud en todo el país. Simplemente visite Ambetter.CeltiCareHealthPlan.com para encontrar un gimnasio elegible en su área.
- Obtener reembolso de la cuota de inscripción y cuotas semanales por participar en un programa de 12 semanas de Weight Watchers® Tradicional o *At Work* (en el trabajo).

¡Inscríbese Hoy! Llame al 1-877-687-1186 (TDD/TTY: 1-877-941-9234) o visite Ambetter.CeltiCareHealthPlan.com. Envíe un mensaje con la palabra MASSACHUSETTS 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: Ambetter.CeltiCareHealthPlan.com

Ambetter Essential Care 1 + Dental

(anteriormente Bronze 1)

Deducible anual médico y para medicamentos recetados	Individual: \$2,000; Familiar: \$4,000
Coseguro médico	50/50% después del deducible anual
Máximo anual de su propio bolsillo	Individual: \$6,350; Familiar: \$12,700

Los beneficios cubiertos son solo para proveedores dentro de la red. Para encontrar nuestra lista más actualizada de proveedores dentro de la red, visite nuestro sitio web en Ambetter.CeltiCareHealthPlan.com y elija "Encontrar un proveedor" en el menú principal. Los proveedores que aparecen en el directorio en línea de Ambetter from CeltiCare Health 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 \$750 después del deducible anual	Cubierto	Sí
Transporte de emergencia/Ambulancia (aéreo o terrestre)	Copago de \$0 después del deducible anual	Cubierto	Sí
Atención médica de urgencia	Copago de \$100 después del deducible anual	No están cubiertos	Sí

Servicios de proveedores	Su costo (solo Proveedores dentro de la red)	Fuera de la red	Sujeto a deducible
Visita anual de la persona sana/Evaluaciones/Inmunizaciones/Del bebé sano	Sin costo	No están cubiertos	No
Visita de atención primaria para tratar cualquier lesión o enfermedad y maternidad	Copago de \$50 después del deducible anual	No están cubiertos	Sí
Visita al especialista (p. ej., cardiología, podiatría, cuidado quiropráctico)	Copago de \$75 después del deducible anual	No están cubiertos	Sí
Obtención de imágenes (CT/PET, MRI)	Copago de \$1,000 después del deducible anual	No están cubiertos	Sí
Radiografías y obtención de imágenes diagnósticas	Copago de \$75 después del deducible anual	No están cubiertos	Sí

Servicios para pacientes internados y ambulatorios	Su costo (solo Proveedores dentro de la red)	Fuera de la red	Sujeto a deducible
Servicios como pacientes internados en el hospital (incluye salud mental y abuso de sustancias y maternidad)	Copago de \$0 después del deducible anual	No están cubiertos	Sí
Centro para pacientes internados en el hospital	Copago de \$1,000 por estancia después del deducible anual	No están cubiertos	Sí
Tarifas de instituciones para pacientes ambulatorios (p.ej., centro quirúrgico para pacientes ambulatorios)	Copago de \$1,000 después del deducible anual	No están cubiertos	Sí
Médico para cirugía ambulatoria/Servicios quirúrgicos	Copago de \$0 después del deducible anual	No están cubiertos	Sí
Laboratorio para pacientes ambulatorios y servicios profesionales	Copago de \$50 después del deducible anual	No están cubiertos	Sí

Otros servicios médicos	Su costo (solo Proveedores dentro de la red)	Fuera de la red	Sujeto a deducible
Salud mental/del comportamiento y servicios para pacientes ambulatorios para trastorno por abuso de sustancias	Copago de \$50 después del deducible anual	No están cubiertos	Sí
Terapia para rehabilitación del habla/terapia ocupacional y física de rehabilitación	Copago de \$75 después del deducible anual	No están cubiertos	Sí
Institución de enfermería especializada	Copago de \$250 después del deducible anual	No están cubiertos	Sí

Vista pediátrica	Su costo (solo Proveedores dentro de la red)	Fuera de la red	Sujeto a deducible
Examen de los ojos de rutina (1 visita por año)	100% cubierto después de un copago de \$20	No están cubiertos	No
Anteojos (monturas y lentes, 1 artículo por año)	100% cubierto después de un copago de \$20	No están cubiertos	No
Lentes de contacto (en lugar de anteojos)	Cubierto hasta \$130 después de un copago de \$20	No están cubiertos	No

Medicamentos recetados (Medicamentos recetados disponibles por pedido por correo con un suministro de 90 días)	Su costo (solo Proveedores dentro de la red)	Fuera de la red	Sujeto a deducible
Genéricos	Copago de \$30 después del deducible anual*	No están cubiertos	Sí
Medicamentos de marca preferidos	Coseguro del 50% después del deducible anual	No están cubiertos	Sí
Medicamentos de marca no preferidos	Coseguro del 50% después del deducible anual	No están cubiertos	Sí
Medicamentos especializados	Coseguro del 50% después del deducible anual	No están cubiertos	Sí

*Si el costo del medicamento genérico es menor que el copago, usted paga la menor cantidad. La información mostrada representa un 60% del valor actuarial. Nuestros planes de Ambetter no cubren todos los gastos de atención médica. Los beneficios cubiertos variarán por estado y son solo para proveedores dentro de la red. 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 Ambetter.CeltiCareHealthPlan.com.

Ambetter.CeltiCareHealthPlan.com • 1-877-687-1186 (TDD/TTY: 1-877-941-9234)



Ambetter Essential Care 1 + Dental

(anteriormente Bronze 1)

Servicios dentales HD

Beneficios y deducibles anuales para menores de 19 años de edad	Su costo (solo Proveedores dentro de la red)	Fuera de la red	Sujeto a deducible
Deducible anual para servicios tipo II y tipo III solamente	Individual: \$50; Familiar: \$150	Individual: \$50; Familiar: \$150	
Máximo anual por persona	N/A	N/A	
Máximo del propio bolsillo del afiliado	\$1,000	N/A	
Servicios tipo I Preventivos y de diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> Evaluación completa - Una vez por toda la vida por paciente por proveedor o lugar Exámenes orales periódicos/Evaluación oral limitada - 2 por 12 meses por paciente Radiografías de la boca completa - Una vez por 36 meses por paciente por proveedor o lugar Radiografías panorámicas - Una vez cada 36 meses por paciente por proveedor o lugar Radiografías con aleta mordida - 2 por 12 meses por paciente Radiografías de un solo diente - Máximo de una por visita Limpieza dental - 2 por 12 meses por paciente, incluye procedimientos menores de eliminación profunda del sarro Tratamientos con flúor - Una vez por día por paciente por proveedor por lugar Mantenedores de espacio Sellos - Una vez por 3 años por paciente por diente por proveedor o lugar. Los sellos no están cubiertos en superficies dentales previamente restauradas. 	\$0	20%	No
Servicios tipo II: Servicios básicos cubiertos <ul style="list-style-type: none"> Restauraciones de amalgama - Una vez por 12 meses por superficie dental por paciente Restauraciones con resina compuesta - Una vez por 12 meses por superficie dental por paciente. Para dientes primarios posteriores, el reembolso por una restauración compuesta no debería exceder el reembolso por una restauración de amalgama. Endodoncias en dientes permanentes - Una vez por toda la vida por diente Coronas prefabricadas de acero inoxidable - Una vez por toda la vida por diente Eliminación profunda del sarro periodóntico y alisamiento de las raíces - Una vez por 36 meses por paciente Extracciones simples - Una vez por toda la vida por diente, raíz brotada o expuesta Extracciones quirúrgicas - Una vez por toda la vida por diente, la extracción de un diente completamente impactado en el hueso requiere autorización previa Anestesia general y sedación intravenosa consciente - Permitida solo en servicios quirúrgicos cubiertos 	25%	45%	Sí
Servicios tipo III: Servicios restauradores importantes <ul style="list-style-type: none"> Corona, resina - Una vez por 60 meses por diente Coronas, porcelana/cerámica - Una vez por 60 meses por diente Coronas, porcelana fundida a metal/noble/coronas altamente nobles - Una vez por 60 meses por diente Dentaduras postizas completas y parciales - Una vez por 84 meses Recubrimiento o rebasado de dentaduras postizas parciales o completas - Una vez por 24 meses por paciente 	50%	70%	Sí
Servicios tipo IV: Ortodoncia Cubierta solo cuando es necesaria desde el punto de vista médico; los pacientes deben tener maloclusión grave y discapacitante según lo define la puntuación del índice HLD de 28 y/o uno o más autocalificadores; requieren autorización previa.	50%	50%	No



Ambetter Essential Care 1 + Dental

(anteriormente Bronze 1)

Servicios dentales HD

Beneficios y deducibles anuales para 19 años de edad y mayores	Su costo (solo Proveedores dentro de la red)	Fuera de la red	Sujeto a deducible
Deducible anual para servicios tipo II y tipo III solamente	Individual: \$50; Familiar: \$150	Individual: \$50; Familiar: \$150	
Máximo anual por persona	\$1,250	\$1,250	
Máximo del propio bolsillo del afiliado	N/A	N/A	
Servicios tipo I Preventivos y de diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> Evaluación completa - Una vez cada 60 meses por dentista Exámenes orales periódicos - 2 por 12 meses por paciente Radiografías de la boca completa - Una vez cada 60 meses por paciente Radiografías con aleta mordida - Una vez cada 6 meses por paciente Radiografías de un solo diente - Según sea necesario Limpiezas dentales - 2 por 12 meses por paciente Limpiezas periodónticas - Una vez cada 3 meses después del tratamiento periodóntico activo, sin exceder 2 en un periodo de 12 si se combina con limpiezas preventivas 	\$0	20%	No
Servicios tipo II: Servicios básicos cubiertos <ul style="list-style-type: none"> Empastes de plata - Una vez cada 24 meses por superficie por diente Empastes blancos - Una vez cada 24 meses por superficie por diente en los dientes delanteros Empastes temporales - Una vez por diente Beneficios quirúrgicos orales que no se brindan cuando se prestan en un entorno quirúrgico durante el día u hospitalario Extracciones simples Endodoncias en dientes permanentes - Una vez por toda la vida por diente Cirugía periodóntica - Una vez por cuadrante cada 36 meses Eliminación profunda del sarro y alisamiento de raíces - Una vez por cuadrante cada 24 meses Pulpotomía vital - Limitado a dientes deciduos Reparación de puente o dentadura postiza - Una vez cada 12 meses, misma reparación Rebasado o recubrimiento de dentaduras postizas - Una vez cada 36 meses Recementación de coronas e incrustaciones - Una vez por diente Tratamiento menor para el alivio del dolor - 3 ocurrencias en 12 meses 	25%	45%	Sí
Servicios tipo III: Servicios mayores de restauración (periodo de espera de seis meses) <ul style="list-style-type: none"> Dentaduras postizas parciales y completas - Una vez por 84 meses Arreglo de puentes y coronas (cuando son parte de un puente) - Una vez cada 84 meses Coronas (cuando los dientes no se pueden restaurar con empastes regulares) - Una vez cada 84 meses por diente Anestesia general - Permitida con servicios quirúrgicos cubiertos solamente 	50%	70%	Sí