

# 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