Guardian

Guardian® Select Para Familias y Personas

- ❑ Consulte a cualquier dentista que desee, pero usted puede ahorrar más cuando consulta a un dentista que participa en la red de DentalGuard Preferred de Guardian. Como una de las mayores redes en todo el país, es posible que su dentista ya sea participante. Los cargos por servicios provistos por dentistas participantes son reembolsados directamente por Guardian.
- ❑ Obtenga la mayoría de los servicios de prevención, como exámenes bucales, limpiezas y radiografías con una cobertura del 100 % una vez que se haya alcanzado el deducible anual.
- ❑ Usted puede elegir consultar a un dentista fuera de la red y se le reembolsará el monto que sea más bajo entre la tarifa de su dentista o el cargo máximo permitido, que es la cantidad que se les pagaría a los dentistas que han acordado recibir reembolsos de acuerdo con el programa de tarifas negociadas. Usted será responsable de cualquier cantidad que supere el cargo máximo permitido y también de cualquier coseguro.

Resumen de Beneficios - Este documento se proporciona solo para fines resumidos y no es una descripción completa de los beneficios, limitaciones y exclusiones del plan. Lea los documentos de su plan para obtener detalles sobre los .

Para adultos de 19 años o más	En la red	Fuera de la red
Deducibles Los gastos en efectivo que usted paga antes de que el plan pague los beneficios.	Usted paga	
Individual	$50	$100
Familia (3 o más adultos asegurados)	$150	$300
Máximo Del Plan Se aplica a los miembros mayores de 19 años. La cantidad máxima que se le puede reembolsar por los servicios recibidos.		
Máximo Anual	$800	$800
Coseguro *La cantidad que Guardian paga por el costo de un cargo cubierto.*	Guardian paga	
Servicios Preventivos *La mayoría de los servicios odontológicos de rutina, que incluyen: exámenes bucales, limpiezas, radiografías.*	100%	70%
Servicios Básicos *Servicios de restauración simples (empastes), servicios de diagnóstico y servicios periodontales.*	60% *Después de un período de espera de 30 dias**	40% *Después de un período de espera de 30 dias**
Servicios principales *Servicios dentales más complejos, que incluyen: coronas, extracciones complejas, cirugía bucal y servicios endodónticos.*	50% *Después de un período de espera de 12 meses**	30% *Después de un período de espera de 12 meses**

**El período de espera es el período inicial tras la fecha de entrada en vigencia de la cobertura durante el cual no se pagarían beneficios. Se aplica a los miembros a partir de los 19 años de edad.*

Guardian

Guardian® Select Para Familias y Personas

- ❑ Consulte a cualquier dentista que desee, pero usted puede ahorrar más cuando consulta a un dentista que participa en la red de DentalGuard Preferred de Guardian. Como una de las mayores redes en todo el país, es posible que su dentista ya sea participante. Los cargos por servicios provistos por dentistas participantes son reembolsados directamente por Guardian.
- ❑ Obtenga la mayoría de los servicios de prevención, como exámenes bucales, limpiezas y radiografías con una cobertura del 100 % una vez que se haya alcanzado el deducible anual.
- ❑ **Este plan incluye el beneficio de salud esencial (Beneficio de Salud Esencial, EHB) odontológico pediátrico, según lo exigido por la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Cuidado de Salue Asequible, ACA), que es un conjunto integral de servicios odontológicos para menores de 19 años.**
- ❑ Usted puede elegir consultar a un dentista fuera de la red y se le reembolsará el monto que sea más bajo entre la tarifa de su dentista o el cargomáximo permitido, que es la cantidad que se les pagaría a los dentistas que han acordado recibir reembolsos de acuerdo con el programa de tarifas negociadas. Usted será responsable de cualquier cantidad que supere el cargo máximo permitido y también de cualquier coseguro.

Resumen de Beneficios - Este documento se proporciona solo para fines resumidos y no es una descripción completa de los beneficios, limitaciones y exclusiones del plan. Lea los documentos de su plan para obtener detalles sobre los .

Menores de 19 años de edad	En la red	Fuera de la red
Deducibles Los gastos en efectivo que usted paga antes de que el plan pague los beneficios.	Usted paga	
Por hijo	$50	$100
Máximo de Gastos en Efectivo Se aplica a miembros menores de 19 años únicamente. Una vez que se alcanza esta cantidad, Guardian pagará el 100 % de los cargos odontológicos de su hijo por el resto del año.		
Individual (Un hijo)	$450	n/d
Familia (2 o más hijos)	$900	n/d
Coseguro *La cantidad que Guardian paga por el costo de un cargo cubierto.*	Guardian paga	
Servicios Preventivos *La mayoría de los servicios odontológicos de rutina, que incluyen: exámenes bucales, limpiezas, radiografías.*	100%	100%
Servicios Básicos *Servicios de restauración simples (empastes) y servicios de diagnóstico.*	50%	50%
Servicios Principals *Los servicios dentales más complejos incluyen: coronas, extracciones complejas, cirugía bucal, servicios periodontales y endodónticos.*	50%	50%
Ortodoncia Necesaria Desde el Punto de Vista Médico *Se aplica a miembros menores de 19 años únicamente.*	50%	0%

Limitaciones y exclusiones para los planes PPO de Guardian Select

Las exclusiones que se enumeran a continuación se aplican a las personas cubiertas a partir de los 19 años.

Exclusiones

No pagaremos lo siguiente:

- Tratamientos sin costo alguno. Esto suele hacer referencia al tratamiento proporcionado por: (1) el empleador de la persona cubierta, el sindicato o un grupo similar, en su clínica o departamento odontológico o médico; (2) un centro que sea propiedad de un organismo gubernamental o esté operado por este; y (3) cualquier programa público, excepto Medicaid, pagado o patrocinado por algún organismo gubernamental.
- Tratamiento necesario debido a: (1) una lesión laboral o relacionada con el trabajo; o (2) una afección para la cual se pagan beneficios en virtud de la Compensación de los trabajadores o leyes similares.
- Cualquier procedimiento o método de tratamiento que no cumpla con los estándares de práctica odontológica reconocidos desde el punto de vista profesional o que se consideren de naturaleza experimental.
- Cualquier procedimiento realizado junto con un procedimiento que no esté cubierto por este plan, ni que forme parte o esté relacionado con él.
- Cualquier servicio prestado únicamente por motivos estéticos..Los servicios cosméticos excluidos incluyen, entre otros: (1) caracterización de una Prótesis Dental; y (2) odontoplastia.
- Prótesis maxilofaciales que reparan o reemplazan las anomalías faciales y esqueléticas, cirugía maxilofacial, cirugía ortognática o cualquier cirugía bucal que requiera el acomodamiento de una fractura o dislocación, que estén vinculadas con una afección médica o sean consecuencia de esta.
- Reemplazo de un aparato o prótesis dental existente con un aparato o prótesis dental similar o diferente, a menos que: (1) tenga, por lo menos, diez años de antigüedad y ya no pueda usarse; o (2) se dañe mientras se encuentra en la boca de la persona cubierta debido a una lesión ocurrida mientras esta estaba asegurada y no pueda restaurarse para que vuelva a ser útil.
- Cualquier procedimiento, aparato, prótesis dental, modalidad o procedimiento quirúrgico destinado a tratar o diagnosticar trastornos en la articulación temporomandibular (temporomandibular joint, TMJ) que estén vinculados con una afección médica o sean consecuencia de esta.
- Servicios educativos, que incluyen, entre otros: (1) instrucción sobre hygiene bucal; (2) control de placa; (3) asesoramiento sobre tabaco; o (4) instrucción dietetica.
- Duplicación de radiografías, cumplimentación de formularios de reclamación, cargos OSHA u otros cargos de control de infecciones.
- Tratamiento de malformaciones congénitas o del desarrollo, o reemplazo de dientes ausentes por cuestiones congénitas.
- Cualquier restauración, procedimiento, aparato o dispositivo prostético usado exclusivamente para lo siguiente: (1) alterar la dimensión vertical; (2) restaurar o mantener la oclusión; (3) tratar una afección necesaria debido al desgaste o la abrasión; o (4) entablillar o estabilizar los dientes con motivos periodontales.
- Registro o análisis de la mordida.
- Sujetadores de precisión y el reemplazo de una pieza de: (1) un sujetador de precisión; o (2) la retención magnética ni las sujeciones para sobredentadura.
- El reemplazo de un aparato o una prótesis dental perdida, faltante o robada, o la fabricación de un aparato o una prótesis dental de reemplazo.
- El reemplazo de terceros molares o muelas de juicio extraídos o faltantes.
- Sobredentaduras y servicios relacionados, que incluyen terapia en el conducto radicular de los dientes que soportan una sobredentadura.
- Un puente fijo en reemplazo de la parte extraída de un diente hemiseccionado o la colocación de más de una corona o puente por diente.
- Cualquier procedimiento endodóntico, periodontal, de preparación de diente para soporte de corona o puente, o aparato realizado para uno o más dientes con un pronóstico reservado, cuestionable o deficiente.
- Prótesis dentales o aparatos temporales o provisionales, excepto prótesis dentales o dentaduras postizas parciales provisorias para reemplazar dientes anteriores extraídos mientras la persona tenía cobertura de este plan.
- El uso de anestesia local.
- Radiografías cefalométricas, imágenes bucales o faciales, que incluyen imágenes y fotografías tradicionales obtenidas mediante cámara intrabucal.
- Tratamiento de ortodoncia, a menos que la disposición sobre beneficios proporcione beneficios específicos para el tratamiento de ortodoncia.
- Medicamentos recetados.
- Medicamentos desensibilizantes y resinas desensibilizantes para la superficie cervical o radicular.
- Pruebas de vitalidad pulpar o pruebas de susceptibilidad de las caries.
- La administración localizada de agentes antibióticos por medio de liberación controlada en el tejido crevicular enfermo.
- Trasplantes odontológicos.
- Evaluaciones y consultas de servicios no cubiertos o evaluaciones odontológicas detalladas y exhaustivas.
- Cualquier servicio o procedimiento asociado con la colocación, restauración protésica o mantenimiento de un implante dental y cualquier cargo incremental a otros servicios cubiertos como resultado de la presencia de un implante dental.

Limitaciones y exclusiones para los planes PPO de Guardian Select

Las exclusiones que se enumeran a continuación se aplican a las personas cubiertas menores de 19 años

Exclusiones

No pagaremos lo siguiente :

- Tratamientos sin costo alguno. Esto suele hacer referencia al tratamiento proporcionado por: (1) el empleador de la persona cubierta, el sindicato o un grupo similar, en su clínica o departamento odontológico o médico; (2) un centro que sea propiedad de un organismo gubernamental o esté operado por este; y (3) cualquier programa público, excepto Medicaid, pagado o patrocinado por algún organismo gubernamental.
- Tratamiento necesario debido a: (1) una lesión laboral o relacionada con el trabajo; o (2) una afección para la cual se pagan beneficios en virtud de la Compensación de los trabajadores o leyes similares.
- Cualquier procedimiento o método de tratamiento que no cumpla con los estándares de práctica odontológica reconocidos desde el punto de vista profesional o que se consideren de naturaleza experimental.
- Cualquier procedimiento realizado junto con un procedimiento que no esté cubierto por este plan, ni que forme parte o esté relacionado con él.
- Cualquier servicio prestado únicamente por motivos estéticos..Los servicios cosméticos excluidos incluyen, entre otros: (1) caracterización de una Prótesis Dental; y (2) odontoplastia.
- Prótesis maxilofaciales que reparan o reemplazan las anomalías faciales y esqueléticas, cirugía maxilofacial, cirugía ortognática o cualquier cirugía bucal que requiera el acomodamiento de una fractura o dislocación, que estén vinculadas con una afección médica o sean consecuencia de esta.
- Reemplazo de un aparato o prótesis dental existente con un aparato o prótesis dental similar o diferente, a menos que: (1) tenga, por lo menos, 60 meses de antigüedad y ya no pueda usarse o (2) se dañe mientras se encuentra en la boca de la persona cubierta debido a una lesión ocurrida mientras esta estaba asegurada y no pueda restaurarse para que vuelva a ser útil.
- Cualquier procedimiento, aparato, prótesis dental, modalidad o procedimiento quirúrgico destinado a tratar odiagnosticar trastornos en la articulación temporomandibular (temporomandibular joint, TMJ) que estén vinculados con una afección médica o sean consecuencia de esta.
- Servicios educativos, que incluyen, entre otros: (1) instrucción sobre hygiene bucal; (2) control de placa; (3) asesoramiento sobre tabaco; o (4) instrucción dietetica.
- Duplicación de radiografías, cumplimentación de formularios de reclamación, cargos OSHA u otros cargos de control de infecciones.
- Cualquier restauración, procedimiento, aparato o dispositivo prostético usado exclusivamente para lo siguiente: (1) alterar la dimensión vertical; (2) restaurar o mantener la oclusión; (3) tratar una afección necesaria debido al desgaste o la abrasión; o (4) entablillar o estabilizar los dientes con motivos periodontales.
- Registro o análisis de la mordida.
- Sujetadores de precisión y el reemplazo de una pieza de: (1) un sujetador de precisión; o (2) la retención magnética ni las sujeciones para sobredentadura.
- El reemplazo de un aparato o una prótesis dental perdida, faltante o robada, o la fabricación de un aparato o una prótesis dental de reemplazo.
- El reemplazo de terceros molares o muelas de juicio extraídos o faltantes.
- Sobredentaduras y servicios relacionados, que incluyen terapia en el conducto radicular de los dientes que soportan una sobredentadura.
- Un puente fijo en reemplazo de la parte extraída de un diente hemiseccionado o la colocación de más de una corona o puente por diente.
- Cualquier procedimiento endodóntico, periodontal, de preparación de diente para soporte de corona o puente, o aparato realizado para uno o más dientes con un pronóstico reservado, cuestionable o deficiente.
- Prótesis dentales o aparatos temporales o provisionales, excepto prótesis dentales o dentaduras postizas parciales provisorias para reemplazar dientes anteriores extraídos mientras la persona tenía cobertura de este plan.
- El uso de anestesia local.
- Radiografías cefalométricas, imágenes bucales o faciales, que incluyen imágenes y fotografías tradicionales obtenidas mediante cámara intrabucal.
- Tratemiento de ortodoncia que no es médicamente necesario.
- Medicamentos recetados.
- Medicamentos desensibilizantes y resinas desensibilizantes para la superficie cervical o radicular.
- Pruebas de vitalidad pulpar o pruebas de susceptibilidad de las caries.
- La administración localizada de agentes antibióticos por medio de liberación controlada en el tejido crevicular enfermo.

The Guardian Life Insurance Company of America
New York, NY 10001

Dentalexchange.guardiandirect.com

El Plan odontológico Guardian está suscrito por The Guardian Life Insurance Company of America, New York, NY. Se aplican ciertas limitaciones y exclusiones de la póliza. Los documentos del plan constituyen el árbitro definitivo de la cobertura. Formulario de póliza individual IP-DENF-26-PA. Este plan puede no estar disponible en todos los condados. Visite la sección “Ver planes y precios” en www.healthcare.gov para confirmar la disponibilidad en su área. ©Copyright 2024 The Guardian Life Insurance Company of America, New York, N.Y.