



Guardian Basics para individuos y familias

- Consulte a cualquier dentista que desee, pero puede ahorrar más cuando consulta a un dentista que participa en la red 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 (Essential Health Benefit, EHB) odontológico pediátrico, según lo exigido por la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, 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 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 Para adultos de 19 años o más

	En la red	Fuera de la red
Deducibles <i>Los gastos en efectivo que usted paga antes de que el plan pague los beneficios</i>	Usted paga	
Individual	\$60	\$60
Familia <i>(3 o más adultos asegurados)</i>	\$180	\$180
Máximo del plan <i>Se aplica a los miembros mayores de 19 años. La cantidad máxima que se le puede reembolsar por los servicios recibidos.</i>		
Máximo anual	\$1,500	\$1,500
Coseguro <i>La cantidad que Guardian paga por el costo de un cargo cubierto</i>	Guardian paga	
Servicios preventivos <i>La mayoría de los servicios odontológicos de rutina, que incluyen: exámenes bucales, limpiezas, radiografías</i>	100 %	100 %
Servicios básicos <i>Servicios de restauración simples (empastes), servicios de diagnóstico, cirugía bucal, servicios endodónticos y periodontales</i>	60 % <i>Después de un período de espera de 6 meses*</i>	60 % <i>Después de un período de espera de 6 meses*</i>

*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 Basics para individuos y familias

- Consulte a cualquier dentista que desee, pero puede ahorrar más cuando consulta a un dentista que participa en la red 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 (Essential Health Benefit, EHB) odontológico pediátrico, según lo exigido por la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, 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 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

Menores de 19 años de edad

	En la red	Fuera de la red
Deducibles <i>Los gastos en efectivo que usted paga antes de que el plan pague los beneficios</i>	Usted paga	
Por hijo	\$200	\$200
Máximo de gastos en efectivo <i>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.</i>		
Individual <i>(Un hijo)</i>	\$350	\$350
Familia <i>(2 o más hijos)</i>	\$700	\$700
Coseguro <i>La cantidad que Guardian paga por el costo de un cargo cubierto</i>	Guardian paga	
Servicios preventivos <i>La mayoría de los servicios odontológicos de rutina, que incluyen: exámenes bucales, limpiezas, radiografías Servicios de diagnóstico</i>	100 %	100 %
Servicios básicos <i>Servicios de restauración simples (empastes)</i>	80 %	80 %
Servicios principales <i>Los servicios dentales más complejos incluyen: coronas, extracciones complejas, cirugía bucal, servicios periodontales y endodónticos</i>	50 %	50 %
Ortodoncia necesaria desde el punto de vista médico <i>Se aplica a miembros menores de 19 años únicamente</i>	50 %	50 %

Limitaciones y exclusiones para los planes PPO de Guaridan Basics

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

Limitaciones

El Plan no cubrirá la colocación inicial de una prótesis dental completa, una prótesis dental parcial ni un puente fijo para reemplazar dientes que no estaban desde antes de la fecha de entrada en vigencia de Su cobertura o la de Sus dependientes. Sin embargo, los gastos por reemplazo de dientes que no estaban desde antes de la fecha de entrada en vigencia solo se considerarán para cobertura si el diente se extrajo dentro de los 12 meses de la fecha de entrada en vigencia de la Póliza y mientras Usted o Sus dependientes estaban cubiertos conforme a un Plan anterior.

Exclusiones

Implantes

no se cubren los implantes, ni los procedimientos y aparatos relacionados con ellos.

No pagaremos lo siguiente:

- Tratamiento que: a) no está incluido en la lista de Servicios y suministros cubiertos; b) no es necesario desde el punto de vista odontológico; o c) es de naturaleza experimental.
- Los cargos: a) que sean pagaderos o reembolsables por o a través de un plan o programa de cualquier agencia gubernamental, salvo si el cargo está relacionado con una discapacidad surgida en servicio no militar y que una agencia gubernamental de los Estados Unidos brinde tratamiento. Sin embargo, el Plan siempre reembolsará a la agencia de asistencia médica local o estatal (Medicaid) por los servicios y suministros cubiertos. b) Que no sean impuestos en contra de la persona o por los cuales la persona no es responsable. c) Que sean reembolsables por Medicare Parte A y Parte B. Si una persona en cualquier momento tuvo derecho a inscribirse en el programa Medicare (incluso la Parte B) pero no lo hizo, se reducirá de sus beneficios en virtud de esta Póliza el monto que hubiera sido reembolsado por Medicare, cuando la ley lo permita. Sin embargo, para personas aseguradas por Empleadores que notifiquen al Plan que emplean a 20 o más Empleados durante el año comercial anterior, esta exclusión no se aplica a un Empleado en actividad y/o a su cónyuge que tenga 65 años o más si el Empleado elige la cobertura en virtud de esta Póliza en lugar de la cobertura en virtud de Medicare.
- Los servicios o suministros que surjan de o durante el transcurso de Su ocupación habitual remunerada o productiva por la que Usted o Su dependiente tengan derecho a beneficios en virtud de cualquier Ley de Compensación para Trabajadores, Ley de Responsabilidad del Empleador o leyes similares. Debe reclamar y notificar al Plan todos estos beneficios de inmediato.
- Los servicios o suministros proporcionados por un dentista, higienista dental, técnico dental o médico que sea: a) un Familiar cercano o una persona que normalmente vive con Usted o un Dependiente; b) un Empleado del Empleador; c) el Empleador.

- Los servicios y suministros que no se prevea razonablemente que corrijan con éxito la afección dental de la Persona cubierta durante un período de al menos 3 años, según lo determine el Plan.
- Todos los servicios para los que se reciba un reclamo más de 6 meses después de la fecha del servicio.
- Los servicios y suministros provistos como un procedimiento dental y considerados un procedimiento según los códigos de procedimientos odontológicos estándares, pero separados en múltiples códigos de procedimientos con fines de facturación. El Cargo cubierto por los Servicios se basa en el código de procedimiento odontológico que representa exactamente el tratamiento realizado.
- Los servicios y suministros provistos principalmente para fines cosméticos.
- Los servicios y suministros recibidos fuera de los Estados Unidos, salvo en el caso de la Atención odontológica de emergencia.
- La corrección de afecciones congénitas o el reemplazo de dientes permanentes ausentes por cuestiones congénitas, independientemente de la cantidad de tiempo que se haya tenido el diente temporal.
- Moldes de diagnóstico.
- Los procedimientos educativos, incluidos, entre otros, higiene bucal, control de sarro o instrucciones sobre dietas.
- El equipo o los suministros personales, incluidos, entre otros, irrigadores bucales, cepillos de dientes o porta-hilo dental.
- Los procedimientos restaurativos, conductos radiculares y aparatos provistos por desgaste, abrasión, erosión, abfracción o para fines cosméticos cuando no hay caries.
- Laminado
- Los aparatos, las incrustaciones, las restauraciones fundidas, las coronas y los puentes u otras restauraciones preparadas por laboratorios usadas principalmente como ferulización (estabilización temporal de dientes).
- El reemplazo de un aparato o prótesis perdido o robado.
- El reemplazo de dentaduras postizas parciales.
- Extracción de dientes sin patología, incluidos los dientes supernumerarios (a menos que sea para ortodoncia médicamente necesaria).
- Los injertos óseos para preservar la base.
- Los cargos de un hospital o centro por habitación, gastos por suministros o de la sala de emergencias, radiografías de tórax de rutina y exámenes médicos antes de una cirugía bucal.
- Tratamiento para una fractura de mandíbula.
- Los servicios, suministros y aparatos relacionados con el cambio de dimensión vertical, restauración o mantenimiento de oclusión, ferulización o estabilización de dientes por motivos de periodoncia, registro de la mordida, análisis de la mordida, desgaste, erosión, abrasión y tratamiento para la disfunción de la articulación temporomandibular (temporomandibular, TMJ), a menos que se incluya una cláusula de beneficios de TMJ en esta póliza.
- Inyección de fármacos terapéuticos.
- La cumplimentación de formularios de reclamación.
- Las citas odontológicas a las que no asista.
- Las coronas fundidas y de porcelana

Limitaciones y exclusiones para los planes PPO de Guardian Basics

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

Exclusiones

Las exclusiones en esta sección se aplican a todos los beneficios. Aunque podemos detallar un servicio específico como un beneficio, no lo cubriremos a menos que determinemos que es necesario para la prevención, el diagnóstico, la atención o el tratamiento de una afección cubierta.

No pagaremos lo siguiente:

- Tratamiento que: a) no está incluido en la lista de Servicios y suministros cubiertos; b) no es necesario desde el punto de vista odontológico; o c) es de naturaleza experimental.
- Los cargos: a) que sean pagaderos o reembolsables por o a través de un plan o programa de cualquier agencia gubernamental, salvo si el cargo está relacionado con una discapacidad surgida en servicio no militar y que una agencia gubernamental de los Estados Unidos brinde tratamiento. Sin embargo, el Plan siempre reembolsará a la agencia de asistencia médica local o estatal (Medicaid) por los servicios y suministros cubiertos. b) Que no sean impuestos en contra de la persona o por los cuales la persona no es responsable. c) Que sean reembolsables por Medicare Parte A y Parte B. Si una persona en cualquier momento tuvo derecho a inscribirse en el programa Medicare (incluso la Parte B) pero no lo hizo, se reducirá de sus beneficios en virtud de esta Póliza el monto que hubiera sido reembolsado por Medicare, cuando la ley lo permita. Sin embargo, para personas aseguradas por Empleadores que notifiquen al Plan que emplean a 20 o más Empleados durante el año comercial anterior, esta exclusión no se aplica a un Empleado en actividad y/o a su cónyuge que tenga 65 años o más si el Empleado elige la cobertura en virtud de esta Póliza en lugar de la cobertura en virtud de Medicare.
- Los servicios o suministros que surjan de o durante el transcurso de Su ocupación habitual remunerada o productiva por la que Usted o Su dependiente tengan derecho a beneficios en virtud de cualquier Ley de Compensación para Trabajadores, Ley de Responsabilidad del Empleador o leyes similares. Debe reclamar y notificar al Plan todos estos beneficios de inmediato.
- Los servicios o suministros proporcionados por un dentista, higienista dental, técnico dental o médico que sea: a) un Familiar cercano o una persona que normalmente vive con Usted o un Dependiente; b) un Empleado del Empleador; c) el Empleador.
- Los servicios y suministros que no se prevea razonablemente que corrijan con éxito la afección dental de la Persona cubierta durante un período de al menos tres años, según lo determine el plan.
- El reemplazo de dientes faltantes antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura.
- Todos los servicios para los que se presente un reclamo más de 6 meses después de la fecha del servicio.
- Los servicios y suministros provistos como un procedimiento dental y considerados un procedimiento según los códigos de procedimientos odontológicos estándares, pero separados en múltiples códigos de procedimientos con fines de facturación. El Cargo cubierto por los Servicios se basa en el código de procedimiento odontológico que representa exactamente el tratamiento realizado.
- Los servicios y suministros provistos principalmente para fines cosméticos.
- Los servicios y suministros cubiertos recibidos fuera de los Estados Unidos, salvo en el caso de la atención odontológica de emergencia.
- La corrección de afecciones congénitas o el reemplazo de dientes permanentes ausentes por cuestiones congénitas no cubiertos, independientemente de la cantidad de tiempo que se haya tenido el diente temporal.
- Los moldes de diagnóstico, a menos que sean para ortodoncia necesaria desde el punto de vista médico.
- Los procedimientos educativos, incluidos, entre otros, higiene bucal, control de sarro o instrucciones sobre dietas.
- El equipo o los suministros personales, incluidos, entre otros, irrigadores bucales, cepillos de dientes o porta-hilo dental.
- Los procedimientos restaurativos, conductos radiculares y aparatos provistos por desgaste, abrasión, erosión o para fines cosméticos.
- Los aparatos, incrustaciones, restauraciones fundidas, coronas u otras restauraciones preparadas por laboratorios usadas principalmente con fines de ferulización.
- El reemplazo de un aparato o prótesis perdido o robado.
- El reemplazo de dentaduras postizas parciales.
- Los cargos de un hospital o centro por habitación, gastos por suministros o de la sala de emergencias, radiografías de tórax de rutina y exámenes médicos antes de una cirugía bucal.
- Tratamiento para una fractura de mandíbula
- Los servicios, suministros y aparatos relacionados con el cambio de dimensión vertical, restauración o mantenimiento de oclusión, ferulización o estabilización de dientes por motivos de periodoncia, registro de la mordida, análisis de la mordida, desgaste, erosión, abrasión y tratamiento para la disfunción de la articulación temporomandibular (temporomandibular joint, TMJ), a menos que se incluya una cláusula de beneficios de TMJ en esta póliza.
- Inyección de fármacos terapéuticos
- Las citas odontológicas a las que no asista.
- Las coronas fundidas y de porcelana
- La cumplimentación de formularios de reclamación
- Las coronas, incrustaciones, restauraciones fundidas u otras restauraciones preparadas por laboratorios en dientes que pueden restaurarse con un empaste de resina de amalgama.
- La extracción de muelas del juicio sin patologías
- La reconstrucción de coronas no está cubierta como servicio por separado
- La estabilización temporaria de dientes, que no sea con separadores cubiertos, no está cubierta.
- La sedación oral y la analgesia con óxido nítrico no están cubiertas, salvo para niños hasta los 13 años.
- Los implantes y los procedimientos y aparatos relacionados con ellos no son beneficios de los programas de Guardian.

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

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-TX-21. 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.