GUARDIAN LIFE INSURANCE COMPANY OF AMERICA
INDIVIDUOS
GUARDIAN PREVENTIVE PLUS PARA INDIVIDUOS Y FAMILIAS
PROGRAMA DE BENEFICIOS

Descripción general del plan		**Costo para el miembro dentro de la red**	**Costo para el miembro fuera de la red**
Deducible			
Por persona cubierta		$50	$50
Por familia (hasta 3 miembros de la familia)		Máximo de $150	Máximo de $225
***BENEFICIOS PEDIÁTRICOS**: para dependientes cubiertos menores de 26 años*			
Máximo de gastos de bolsillo: los máximos de gastos de bolsillo no se aplican a los beneficios para adultos.			
Para un hijo		$450	Ninguno
Dos o más hijos		$900	Ninguno
Servicios preventivos y de diagnóstico	*Limitaciones*		
Exámenes bucales	*Dos veces cada 12 meses*	Coseguro de $0 después del deducible	Coseguro de $0 después del deducible
Radiografía periapical			
Serie de radiografías de aletas de mordida	*Una vez cada 12 meses*		
Radiografía panorámica o serie completa	*Una vez cada 36 meses*		
Limpiezas	*Dos veces cada 12 meses*		
Flúor			
Selladores	*Una vez por molar cada 36 meses*		
Servicios básicos	*Limitaciones*		
Empastes		50 % de coseguro después del deducible	50 % de coseguro después del deducible
Extracciones simples			
Servicios principales	*Limitaciones*		
Extracciones quirúrgicas		50 % de coseguro después del deducible	50 % de coseguro después del deducible
Terapia endodóntica (tratamiento de endodoncia)			
Terapia periodontal			
Limpieza de sarro periodontal y planeación radicular	*Una vez por cuadrante cada 36 meses*		
Mantenimiento periodontal	*Dos veces cada 12 meses*		
Coronas y restauraciones fundidas	*Una vez por diente cada 60 meses*		
Prostodoncia (dentaduras parciales y completas; puentes fijos)	*Una vez por aparato cada 60 meses*		
Otros servicios	*Limitaciones*		
Servicios de ortodoncia necesarios desde el punto de vista médico		50 % de coseguro después del deducible	Sin cobertura. 100 % del costo compartido del miembro
***BENEFICIOS PARA ADULTOS**: para personas cubiertas de 26 años o más*			
Máximo del plan: los máximos del plan no se aplican a los beneficios pediátricos.			
Máximo del plan por persona cubierta: combinado para servicios dentro y fuera de la red		$1,000	
Servicios preventivos y de diagnóstico	*Limitaciones*		
Exámenes bucales	*Una vez cada 6 meses*	Coseguro de $0. No se aplica el deducible.	Coseguro de $0 después del deducible
Radiografía periapical			
Serie de radiografías de aletas de mordida	*Una vez cada 12 meses*		
Radiografía panorámica o serie completa	*Una vez cada 60 meses*		
Limpiezas	*Una vez cada 6 meses*		
Flúor	*Sin cobertura*		
Selladores	*Sin cobertura*		

Descripción general del plan		**Costo para el miembro dentro de la red**	**Costo para el miembro fuera de la red**
BENEFICIOS PARA ADULTOS (continuación): para adultos de 26 años o más			
Servicios básicos	Limitaciones		
Empastes	*Una vez por diente cada 36 meses*	50 % de coseguro después del deducible	50 % de coseguro después del deducible
Extracciones simples			
Servicios principales	Limitaciones		
Extracciones quirúrgicas		Sin cobertura. 100 % del costo compartido del miembro.	Sin cobertura. 100 % del costo compartido del miembro.
Terapia endodóntica (tratamiento de endodoncia)			
Limpieza de sarro periodontal y planeación radicular			
Mantenimiento periodontal			
Terapia periodontal			
Coronas y restauraciones fundidas			
Prostodoncia (dentaduras parciales y completas; puentes fijos)			
Otros servicios	Limitaciones		
Servicios de ortodoncia necesarios desde el punto de vista médico		Sin cobertura. 100 % del costo compartido del miembro.	Sin cobertura. 100 % del costo compartido del miembro.
Períodos de espera: *los períodos de espera no se aplican a los beneficios pediátricos.*			
Servicios preventivos y de diagnóstico		No hay período de espera.	
Servicios básicos		6 meses^	
^Exención al período de espera disponible con prueba de cobertura previa para estos servicios en virtud de un plan de seguro dental cuando la fecha de cancelación no haya sido más de 30 días antes de la fecha de entrada en vigencia de este plan.			

Información importante

Esta póliza incluye servicios odontológicos pediátricos según lo exige la Ley Federal de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible.

La póliza hace referencia a muchos montos en dólares y porcentajes, y también a otra información sobre beneficios que podría ser específica para los beneficios odontológicos pediátricos. Este programa resume información sobre los beneficios y la fecha de entrada en vigencia de estos beneficios. Usted seleccionó algunos de estos beneficios cuando solicitó esta póliza. A medida que sus necesidades cambian durante el período que tiene cobertura de esta póliza, podría cambiar algunos de estos beneficios sin reemplazar o comprar una nueva póliza. Algunas de las disposiciones de esta póliza necesitan cambios automáticos. Por ejemplo, cuando un dependiente ya no reúne los requisitos para recibir cobertura en virtud de esta póliza debido a su edad, la cobertura de ese dependiente finalizará.

Lea la póliza completa, junto con este Programa de beneficios para comprender la totalidad de los términos, las condiciones, las limitaciones y las exclusiones que se aplican.

Cómo funciona

Esta póliza está diseñada para proporcionar atención odontológica de alta calidad al mismo tiempo que controla el costo de dicha atención. Para lograrlo, esta póliza anima a las personas cubiertas a solicitar atención odontológica de dentistas y centros de atención odontológica que hayan celebrado un contrato con una organización de proveedores preferidos (preferred provider organization, PPO) odontológica de Guardian, que se denomina DentalGuard Preferred.

La PPO odontológica está conformada por proveedores preferidos que se encuentran en el área geográfica de una persona cubierta. El uso de la PPO odontológica es voluntario. Una persona cubierta puede recibir tratamiento odontológico de parte de cualquier proveedor odontológico que elija. Además, tiene la libertad de cambiar de proveedor en cualquier momento. Cuando se inscribe en esta póliza, usted y sus dependientes cubiertos reciben: (1) una tarjeta de identificación del seguro dental e (2) información sobre los proveedores preferidos actuales.

Por lo general, esta póliza paga un nivel más alto de beneficios por los tratamientos cubiertos que proporcionan los proveedores preferidos. En cambio, suele pagar menos por los tratamientos cubiertos proporcionados por un proveedor no preferido.

Una persona cubierta debe presentar su tarjeta de identificación al usar un proveedor preferido. La mayoría de los proveedores preferidos preparan los formularios de reclamo necesarios y nos envían los formularios a nosotros. Le enviamos a la persona cubierta una explicación de los pagos de beneficios de esta póliza. Pero cualquier beneficio que paguemos se envía directamente al proveedor preferido.

Lo que nosotros pagamos se basa en todos los términos de esta póliza. Lea esta póliza detenidamente. Una persona cubierta puede llamar a Guardian al número que aparece en su tarjeta de identificación en caso de tener preguntas sobre esta póliza.

Revise la cobertura, las exclusiones y las limitaciones. Para algunos servicios es necesaria una autorización previa.

Los cargos cubiertos son los cargos que se enumeran en el programa de tarifas aplicables que el proveedor de servicios odontológicos preferido acordó aceptar como pago total por los servicios odontológicos enumerados en la Lista de servicios odontológicos cubiertos que se encuentra más abajo.

Un servicio dental recibido a través del uso de comunicación audiovisual, a veces llamado teleodontología, se considerará como un beneficio al igual que un servicio en persona. La teleodontología se le proporciona a usted en una ubicación física diferente a la del dentista, o profesional de la salud que actúa en virtud de la delegación y supervisión de un dentista, utilizando telecomunicaciones o tecnología de la información.

Cómo comunicarse con nosotros

Claim Dept. P O Box 981587 El Paso, TX 79998-1587	Equipo de atención al cliente (844) 561-5600	A través del sitio web dentalexchange.guardiandirect.com

SERVICIOS DENTALES PEDIÁTRICOS PARA PERSONAS CUBIERTAS MENORES DE 26 AÑOS

Lista de servicios odontológicos pediátricos cubiertos

La lista a continuación proporciona los servicios odontológicos pediátricos requeridos por su estado.

Servicios del Grupo I (diagnóstico y atención preventiva)

Profilaxis y fluoruros

Profilaxis: se limita a un total de dos procedimientos de profilaxis en cualquier período de 12 meses consecutivos. La asignación incluye procedimientos de limpieza de sarro y pulido para eliminar el sarro coronal, la placa dentaria y las manchas.

Profilaxis adicional cuando se necesita como consecuencia de una afección médica (es decir, no dental): cubierta una vez en cualquier período de 12 meses consecutivos, solo cuando el dentista recomienda la profilaxis adicional y esto es resultado de una afección médica como lo verifica por escrito el médico de la persona cubierta. Esto no incluye una afección que podría resolverse mediante una higiene bucal adecuada o que sea consecuencia de la negligencia del paciente.

Tratamiento con flúor, aplicación tópica.

Visitas al consultorio, evaluaciones y examen

Todas las visitas al consultorio, evaluaciones odontológicas, exámenes o reevaluaciones limitadas centradas en el problema: se limitan a un total de dos en cualquier período de 12 meses consecutivos.

Evaluación odontológica limitada: centrada en el problema o evaluación odontológica de emergencia: se limitan a un total de dos en cualquier período de 12 meses consecutivos.

Visita al consultorio fuera del horario de atención o tratamiento paliativo de emergencia.

Separadores

Separadores: cubiertos solo cuando son necesarios para reemplazar dientes temporales extraídos o perdidos prematuramente.

- Fijo, unilateral.
- Fijo, bilateral.
- Extraíble, unilateral.
- Extraíble, bilateral.

Recementación de separador.

Radiografías

La asignación incluye evaluación y diagnóstico.

Serie de boca completa, de al menos 14 imágenes, incluidas aletas de mordida, se limita a una en cualquier período de 36 meses consecutivos.

Imagen panorámica, maxilar y mandibular, con o sin radiografías de aletas de mordida, se limita a una en cualquier período de 36 meses consecutivos.

Imágenes de aletas de mordida: se limitan a un máximo de cuatro imágenes de aletas de mordida o un conjunto (de siete a ocho imágenes) de imágenes de aletas de mordida verticales, por visita, una vez en cualquier período de 12 meses consecutivos.

Imágenes periapicales o imágenes oclusales intrabucales - imágenes únicas.

Selladores odontológicos

Selladores odontológicos o restauraciones de resina preventivas: la aplicación tópica de selladores se limita a las superficies sin caries de los dientes molares permanentes y no restaurados. Se limita a un tratamiento, por diente, en cualquier período de 36 meses consecutivos.

Servicios del Grupo II (básicos)

Servicios de restauración

Restauraciones de amalgama: la asignación incluye agentes adhesivos, revestimientos, bases, pulido y anestesia local.

Restauraciones de resina: se limitan solo a dientes anteriores. La cobertura de resinas en dientes posteriores se limita al beneficio de la amalgama correspondiente. La asignación incluye fotopolimerización, grabado ácido, adhesivos, incluidos los agentes adhesivos de resina y anestesia local.

Corona de acero inoxidable prefabricada, corona de resina prefabricada y corona de compuesto a base de resina: se limita a una vez por diente en cualquier período de 60 meses consecutivos. Las coronas de acero inoxidable prefabricadas, las coronas de resina prefabricadas y las coronas de compuesto a base de resina se consideran un procedimiento temporal o provisional cuando se realizan en un plazo de 24 meses desde una corona permanente. Se considera que las coronas temporales y provisionales forman parte de la restauración permanente.

Retención con perno, por diente: cubierta solo junto con una amalgama permanente o restauración con compuestos, no incluye el material de restauración.

Servicios de diagnóstico

La asignación incluye examen y diagnóstico.

Consultas: consulta de diagnóstico con un dentista distinto del que proporciona el tratamiento.

Moldes de diagnóstico.

Extracciones no quirúrgicas

la asignación incluye el plan de tratamiento, la anestesia local y la atención posterior al tratamiento.

Extracción sin complicaciones, uno o más dientes.

Extracción no quirúrgica radicular de raíces expuestas.

Otros servicios

Antibióticos inyectables necesarios únicamente para el tratamiento de una afección dental.

Servicios del Grupo III (principales)

Servicios de restauración del Grupo III

Las coronas, las incrustaciones, los recubrimientos, los laminados labiales y las reconstrucciones de corona se cubren solo cuando sean necesarios debido a caries o lesiones, y solo cuando el diente no se pueda restaurar con amalgama o material de empaste compuesto a base de resina. No se cubre la porcelana en molares. Si se usa titanio o un metal altamente noble (oro), el beneficio se basará en el beneficio del metal noble.

La asignación incluye bases de aislamiento, restauraciones provisionales o temporales, y afectación gingival asociada. Los aparatos temporales con más de un año de antigüedad se consideran aparatos permanentes. Se limita a dientes permanentes únicamente. Consulte la sección Exclusiones para conocer las limitaciones de reemplazo.

Coronas individuales:

- Resina con metal.
- Porcelana.
- Porcelana con metal.
- Metal fundido en su totalidad (que no sea acero inoxidable).
- Titanio.
- Coronas 3/4 de metal fundido.
- Coronas 3/4 de porcelana.

Incrustaciones.

Recubrimientos, incluidas las incrustaciones.

Laminados labiales.

Postes y reconstrucciones: se realizan solo en conjunto con una unidad cubierta de corona o puente, y solo cuando se necesitan por una pérdida sustancial de la estructura dental natural.

- Muñón y poste fundidos, además de una unidad de corona o puente, por diente.
- Muñón y poste prefabricados, además de una unidad de corona o puente, por diente.
- Reconstrucción de muñones o coronas, incluidos los pernos.

Prótesis de implante con soporte: la asignación incluye el plan del tratamiento y la anestesia local cuando se realiza en conjunto con una colocación quirúrgica cubierta de un implante en el mismo diente.

- Corona apoyada en un soporte.
- Corona apoyada en un implante.
- Retenedor apoyado en un soporte para dentadura parcial fija.
- Retenedor apoyado en un implante para dentadura parcial fija.
- Dentadura extraíble apoyada en un implante o soporte para arco completamente desdentado.
- Dentadura extraíble apoyada en un implante o soporte para arco parcialmente desdentado.
- Dentadura fija apoyada en un implante o soporte para arco completamente desdentado.
- Prótesis dental fija apoyada en un implante o soporte para arco parcialmente desdentado.
- Implante dental apoyado en una barra de conexión.
- Soporte prefabricado.
- Soporte personalizado.

Servicios de implantes: la asignación incluye el plan de tratamiento, la anestesia local y la atención posquirúrgica. La cantidad de implantes que cubrimos se limita a la cantidad de dientes extraídos en la misma área mientras la persona se encuentre cubierta por esta póliza. También consulte la sección Limitaciones especiales y Exclusiones.

- Colocación quirúrgica de cuerpo de implante, implante endóstico.
- Colocación quirúrgica de implante subperióstico.
- Colocación quirúrgica de implante transóseo

Otros servicios de implantes:

- Injerto de reemplazo óseo para la preservación del borde alveolar, por sitio, cuando se realice junto con una colocación quirúrgica cubierta de un implante en el mismo sitio.
- Radiografías/índice de implante quirúrgico: se limita a una vez por arco en cualquier período de 60 meses.
- Reparación de prótesis apoyada en un implante.
- Reparación de un soporte de implante.
- Extracción de un implante.

Servicios de prostodoncia

Técnicas especializadas y caracterizaciones no cubiertas. No se cubre la porcelana en molares. Si se usa titanio o un metal altamente noble (oro), el beneficio se basará en el beneficio del metal noble. La asignación incluye bases de aislamiento, restauraciones provisionales o temporales, y afectación gingival asociada. Se limita a dientes permanentes únicamente. También consulte la sección Limitaciones especiales y Exclusiones.

Puentes fijos: cada soporte y cada diente artificial componen una unidad en un puente.

Soportes de puentes:

- Resina con metal.
- Porcelana.
- Porcelana con metal.
- Metal fundido en su totalidad.
- Titanio.
- 3/4 de metal fundido.
- 3/4 de porcelana.

Dientes artificiales para puentes:

- Resina con metal.
- Porcelana.
- Porcelana con metal.
- Metal fundido en su totalidad.
- Titanio.

Dentaduras: la asignación incluye todos los ajustes y las reparaciones a cargo del dentista que proporciona la dentadura durante los primeros seis meses consecutivos después de la instalación y todas las dentaduras temporales o provisionales. Las dentaduras temporales o provisionales, las postizas parciales y las provisorias con más de un año de antigüedad se consideran un aparato permanente.

Prótesis dentales completas o inmediatas, superiores o inferiores.

Dentaduras parciales: la asignación incluye bases, ganchos, soportes y dientes.

- Base de resina, superior, incluidos cualquier gancho, soporte y diente convencionales.
- Estructura de metal fundido, superior, con base de dentadura de resina, incluidos cualquier gancho, soporte y diente convencionales.
- Base de resina, inferior, incluidos cualquier gancho, soporte y dientes convencionales.
- Estructura de metal fundido, inferior, con base de dentadura de resina, incluidos cualquier gancho, soporte y dientes convencionales.
- Dentadura parcial provisoria (dentadura postiza parcial), superior o inferior, cubierta únicamente en dientes anteriores.
- Una pieza de metal fundido, unilateral extraíble parcial, incluidos ganchos y dientes.

Placas de relajación simples, por unidad.

Servicios de restauración de prostodoncia y corona

Reparaciones de puentes y coronas: asignación basada en el alcance y la naturaleza del daño y el tipo de material implicado.

Recementación.

- Incrustación o recubrimiento.
- Corona.
- Puente.

Adición de dientes a prótesis dentales parciales para reemplazar dientes naturales extraídos.

Reparaciones de prótesis dentales: asignación basada en el alcance y la naturaleza del daño y el tipo de material implicado.

- Reparaciones de dentaduras, metal.
- Reparaciones de dentaduras, acrílico.
- Reparaciones de dentaduras, sin dientes dañados.
- Reparaciones de dentaduras, reemplazo de uno o más dientes rotos.
- Reemplazo de uno o más dientes rotos, ningún otro daño.

Reajuste de prótesis dental, prótesis dental completa o parcial: se limita a una vez por prótesis dental en cualquier período de 36 meses consecutivos. Los reajustes de prótesis dentales realizados en un plazo de 6 meses se consideran parte de la colocación de la prótesis dental si el dentista que proporcionó la prótesis dental realiza el reajuste. Se limita al reajuste realizado durante más de 6 meses consecutivos después de la inserción de la prótesis dental.

Realineado de prótesis dental, prótesis dental completa o parcial: se limita a una vez por prótesis dental en cualquier período de 36 meses consecutivos. Los reajustes de prótesis dentales realizados en un plazo de 6 meses se consideran parte de la colocación de prótesis dental si el dentista que proporcionó la prótesis dental realiza el realineado. Se limita al reajuste realizado más de 6 meses consecutivos después de la inserción de la prótesis dental.

Ajustes de prótesis dental.

Acondicionamiento de los tejidos.

Otros servicios

Anestesia general, sedación intramuscular, sedación intravenosa, sedación no intravenosa o sedación por inhalación, óxido nitroso, cuando se administra en relación con cirugías periodontales, extracciones quirúrgicas, extracciones quirúrgicas de dientes impactados, apicectomías, amputaciones radiculares, colocaciones quirúrgicas de un implante cubiertas y los servicios enumerados en la sección Otros procedimientos quirúrgicos.

Evaluaciones bucales detalladas y exhaustivas: centradas en el problema, por informe

Servicios endodónticos

La asignación incluye diagnóstico, tratamiento y radiografías finales, cultivos y pruebas, anestesia local y atención de seguimiento de rutina, pero no incluye la restauración final.

Recubrimiento pulpar.

- Recubrimiento pulpar, directo.
- Recubrimiento pulpar, indirecto: incluye empaste sedante.

Pulpotomía: solo cuando la terapia endodóntica no es el tratamiento definitivo.

Desbridamiento pulpar.

Terapia pulpar: se limita a dientes primarios únicamente.

Tratamiento del conducto radicular.

Segundo tratamiento del conducto radicular.

Tratamiento de obstrucción del conducto radicular; acceso sin cirugía.

Terapia endodóntica incompleta; diente inoperable o fracturado.

Reparación interna de defectos de perforaciones radiculares.

Apexificación.

Apicectomía.

Amputación radicular.

Empaste retrógrado.

Hemisección, incluida la extracción radicular.

Servicios periodontales

Mantenimiento periodontal: se limita al total de dos procedimientos de profilaxis o mantenimientos periodontales en cualquier período de doce meses. la asignación incluye pulido, limpieza de sarro y registros periodontales. También consulte el procedimiento de profilaxis en la sección Profilaxis y fluoruros en los Servicios del Grupo I.

Servicios periodontales: la asignación incluye el plan de tratamiento, la anestesia local y la atención posterior al tratamiento. Se requiere documentación de la enfermedad periodontal confirmada por radiografías y sondajes de profundidad de la bolsa de cada diente involucrado.

Limpieza de sarro y planeación radicular, por cuadrante: se limitan a una vez por cuadrante en cualquier período de 36 meses consecutivos. Cubierto cuando hay evidencia de elaboración de registros de bolsas y evidencia radiográfica de disminución de la masa ósea.

Desbridamiento de la boca completa: se limita a una vez de por vida.

Cirugía periodontal

La asignación incluye el plan de tratamiento, la anestesia local y la atención posquirúrgica. Se requiere documentación de la enfermedad periodontal confirmada por radiografías y sondajes de profundidad de la bolsa de cada diente involucrado. Se considera cuando se realiza para retener los dientes.

Gingivectomía o gingivoplastia, por diente (menos de tres dientes), una vez en cualquier período de 36 meses consecutivos.

Alargamiento de la corona, tejido duro.

Gingivectomía o gingivoplastia, por cuadrante, una vez en cualquier período de 36 meses consecutivos.

Cirugía ósea, incluida la limpieza de sarro y la planeación radicular, entrada y cierre del colgajo, por cuadrante, una vez en cualquier período de 36 meses consecutivos.

Procedimiento de colgajo gingival, incluida la limpieza de sarro y la planeación radicular, por cuadrante, una vez en cualquier período de 36 meses consecutivos.

Procedimiento de cuña distal o proximal, no en conjunto con una cirugía ósea, una vez en cualquier período de 36 meses consecutivos.

Procedimiento de revisión quirúrgica, por diente, una vez en cualquier período de 36 meses consecutivos.

Injertos de tejidos blandos libres o pediculados, incluido el sitio del donante.

Procedimiento de injerto de tejidos conjuntivos subepiteliales.

Regeneración guiada de tejidos, barrera reabsorbible o barrera no reabsorbible, una vez en cualquier período de 36 meses consecutivos; limitada a cuando el diente está presente.

Injertos de reemplazo óseo, una vez en cualquier período de 36 meses consecutivos, limitados a cuando el diente está presente.

Cirugía periodontal relacionada

Protección oclusal: se limita a una vez en un período de 12 meses consecutivos.

Extracciones quirúrgicas

La asignación incluye el plan de tratamiento, la anestesia local y la atención posquirúrgica.

Extracción quirúrgica de diente brotado, que implica el colgajo del tejido y la extracción ósea.

Extracción quirúrgica de raíces de dientes residuales.

Extracción quirúrgica de dientes impactados.

Otros procedimientos quirúrgicos odontológicos

La asignación incluye radiografías de tratamiento y de diagnóstico, el plan de tratamiento, la anestesia local y la atención posquirúrgica.

Alveoloplastia, por cuadrante.

Extracción de exostosis, por sitio.

Incisión y drenaje de abscesos.

Frenulectomía, frenectomía, frenotomía.

Exposición quirúrgica de diente impactado o no brotado para ayudar al brote.

Escisión del tejido hiperplásico.

Escisión de encía pericoronal, por diente.

Reimplante de diente.

Servicios (de ortodoncia) del Grupo IV

Servicios de ortodoncia

Se necesita una autorización previa para los servicios de ortodoncia. Los servicios de ortodoncia se cubren cuando sean necesarios debido a una maloclusión grave, disfuncional e incapacitante.

- Los registros de ortodoncia incluyen exámenes, radiografías, fotografías de diagnóstico, moldes de diagnóstico o radiografías cefalométricas.
- Tratamiento de ortodoncia limitado, tratamiento de ortodoncia interceptivo o tratamiento de ortodoncia integral, incluidas la fabricación e inserción de todos los aparatos fijos y visitas periódicas. Tratamiento menor para controlar hábitos perjudiciales.
- Retención de ortodoncia, incluidos todos los aparatos fijos y extraíbles necesarios, y las visitas relacionadas: se limita al aparato o aparatos inicial(es) únicamente.

En el día en que se coloca el aparato de ortodoncia activo por primera vez, se incurre en un cargo cubierto para el tratamiento de ortodoncia.

Plan de tratamiento

Debemos recibir siempre un plan de tratamiento antes de que el tratamiento de ortodoncia comience.

Cómo pagamos los beneficios por los servicios de ortodoncia

A través del plan de tratamiento original de la persona cubierta, calculamos el total de beneficios que pagaremos. Dividimos el beneficio en pagos iguales, que entregaremos durante el período más corto de los siguientes: (a) la duración del tratamiento propuesta; o (b) dos años.

Realizamos el pago inicial cuando se coloca por primera vez el aparato de ortodoncia. Realizamos los pagos siguientes al final de cada período de tres meses subsiguiente, después de recibir una verificación del tratamiento en curso. Sin embargo, el tratamiento debe continuar y la persona cubierta debe permanecer bajo la cobertura de esta póliza.

No pagamos cargos por servicios relacionados con la ortodoncia en los que incurra una persona cubierta antes de tener cobertura de esta póliza. Limitamos lo que pagamos para el tratamiento de ortodoncia iniciado antes de que la persona cubierta obtenga cobertura de esta póliza a los cargos en los que se ha determinado que la persona cubierta ha incurrido mientras tenía cobertura en virtud de esta póliza. En función del plan de tratamiento original, determinamos la parte de los cargos en los que la persona cubierta ha incurrido antes de tener cobertura de esta póliza y los deducimos de los cargos totales. Lo que pagamos se basa en los cargos restantes. Limitamos lo que consideramos del plan de tratamiento propuesto a la duración más corta de la propuesta para el tratamiento o a dos años desde el día en que el tratamiento de ortodoncia comenzó.

Los cargos con descuento negociados para los servicios de ortodoncia prestados por un proveedor preferido incluyen lo siguiente: (a) registros y planes de tratamiento, incluidos los registros iniciales, provisorios y finales; (b) retención de ortodoncia, incluidos todos los aparatos fijos y extraíbles necesarios y las visitas relacionadas; y (c) tratamiento de ortodoncia limitado, interceptivo e integral, asociados con lo siguiente: (i) fabricación e inserción de todos los aparatos fijos; y (ii) visitas periódicas.

Existe un cargo con descuento negociado por separado para el tratamiento de ortodoncia cuya duración supera los 24 meses consecutivos.

Los pagos con descuento negociados para los servicios de ortodoncia prestados por un proveedor preferido no incluyen lo siguiente: (a) ningún cargo incremental por aparatos de ortodoncia hechos con material transparente, cerámica, brackets linguales blancos u otro material opcional; (b) procedimientos, aparatos o dispositivos para guiar el movimiento menor de dientes o para corregir hábitos perjudiciales; (c) segundo tratamiento de casos de ortodoncia o cambios en el tratamiento de ortodoncia necesario por cualquier tipo de accidente; (d) reemplazo o reparación de aparatos de ortodoncia dañados debido a negligencia por parte del paciente; y (e) tratamiento de ortodoncia iniciado antes de que el miembro fuera elegible para los beneficios de ortodoncia en virtud de esta póliza.

Limitaciones

Dientes perdidos, extraídos o faltantes antes de que una persona cubierta obtenga cobertura en virtud de esta póliza:

Es posible que una persona cubierta tenga ausencia congénita de uno o más dientes, o bien haya perdido o le hayan extraído uno o más dientes antes de obtener la cobertura en virtud de esta póliza. No cubrimos los cargos por una prótesis dental que reemplace dichos dientes a menos que la prótesis dental también reemplace uno o más dientes naturales elegibles que se hayan perdido o extraído luego de que el dependiente cubierto obtuviera la cobertura en virtud de esta póliza.

Exclusiones

Las exclusiones que se enumeran a continuación se aplican a las personas cubiertas menores de 26 años.

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.
- Ningún 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 esta póliza, ni que forme parte o esté relacionado con ella.
- Cualquier servicio prestado únicamente con motivos estéticos. Los servicios estéticos excluidos incluyen, sin limitación: (1) la caracterización y personalización 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 no; 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 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) instrucciones de higiene bucal; (2) control de sarro; (3) asesoramiento sobre el tabaco; o (4) instrucción sobre dietas.
- Duplicación de radiografías, cumplimentación de formularios de reclamación, cargos de la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (Occupational Safety and Health Administration, OSHA) u otros cargos de control de infecciones.

- Ninguna 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 la sujeción 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 provisorios, excepto prótesis dentales/dentaduras postizas parciales interinas para reemplazar dientes anteriores extraídos mientras la persona estaba asegurada por esta póliza.
- El uso de anestesia local.
- Tratamiento de ortodoncia que no sea necesario desde el punto de vista médico.
- 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.

SERVICIOS DENTALES NO PEDIÁTRICOS (PARA ADULTOS)

Lista de servicios dentales no pediátricos cubiertos (para adultos)

Los servicios cubiertos por esta póliza se mencionan en esta lista. Para recibir la cobertura, la prestación del servicio debe estar a cargo de un dentista o bajo su supervisión directa. Y este debe constituir el tratamiento habitual y necesario para una afección dental.

Servicios del Grupo I (diagnóstico y atención preventiva)

Profilaxis

Profilaxis: se limita al total de uno procedimientos de profilaxis o mantenimiento periodontal (considerado en la sección Servicios periodontales) en cualquier período de 6 meses consecutivos. La asignación incluye procedimientos de limpieza de sarro y pulido para eliminar el sarro coronal, la placa dentaria y las manchas. También consulte el Mantenimiento periodontal en la sección Servicios del Grupo III.

Profilaxis adicional cuando se necesita como consecuencia de una afección médica (es decir, no dental): cubierta una vez en cualquier período de 12 meses consecutivos, solo cuando el dentista recomienda la profilaxis adicional y esto es resultado de una afección médica como lo verifica por escrito el médico de la persona cubierta. Esto no incluye una afección que podría resolverse mediante una higiene bucal adecuada o que sea consecuencia de la negligencia del paciente.

Visitas al consultorio, evaluaciones y examen

Evaluación odontológica integral: se limita a una vez cada 36 meses consecutivos.

Visitas al consultorio, evaluaciones odontológicas, evaluaciones odontológicas limitadas o reevaluaciones limitadas centradas en el problema: se limitan a un total de uno en cualquier período de 6 meses consecutivos.

Visita al consultorio fuera del horario de atención o tratamiento paliativo de emergencia: se limita a un total de una en cualquier período de seis meses consecutivos. Cubiertos solo cuando no se realiza ningún otro tratamiento en la misma visita, que no sean radiografías.

Radiografías

La asignación incluye evaluación y diagnóstico.

Boca completa, serie completa o radiografía panorámica: uno, pero no ambos, de los siguientes procedimientos; se limita a uno en cualquier período de 60 meses consecutivos.

- Serie de boca completa, de al menos 14 imágenes incluidas las de aletas de mordida.
- Imagen panorámica, maxilar y mandibular, con o sin radiografías de aletas de mordida.

Imágenes de aletas de mordida: se limitan a un máximo de cuatro imágenes de aletas de mordida o un conjunto (de siete a ocho imágenes) de imágenes de aletas de mordida verticales, por visita, una vez en cualquier período de 12 meses consecutivos.

Imágenes periapicales o imágenes oclusales intrabucales - imágenes únicas.

Servicios del Grupo II (básicos)

Servicios de restauración

Varias restauraciones en una única superficie se considerarán una sola restauración. El reemplazo de restauraciones de amalgama y resina existentes solo estará cubierto si han pasado 36 meses desde que se colocó la restauración anterior si la Persona Cubierta tiene 19 años o más.

Restauraciones de amalgama: la asignación incluye agentes adhesivos, revestimientos, bases, pulido y anestesia local.

Restauraciones de resina: se limitan solo a dientes anteriores. La cobertura de resinas en dientes posteriores se limita al beneficio de la amalgama correspondiente. La asignación incluye fotopolimerización, grabado ácido, adhesivos, incluidos los agentes adhesivos de resina y anestesia local.

Corona de acero inoxidable prefabricada, corona de resina prefabricada y corona de compuesto a base de resina: se limita a una vez por diente en cualquier período de 24 meses consecutivos. Las coronas de acero inoxidable prefabricadas, las coronas de resina prefabricadas y las coronas de compuesto a base de resina se consideran un procedimiento temporal o provisional cuando se realizan en un plazo de 24 meses desde una corona permanente. Se considera que las coronas temporales y provisionales forman parte de la restauración permanente.

Retención con perno, por diente: cubierta solo junto con una amalgama permanente o restauración con compuestos, no incluye el material de restauración.

Servicios de diagnóstico

La asignación incluye examen y diagnóstico.

Consultas: consulta de diagnóstico con un dentista que no sea el que brinda tratamiento; se limita a una consulta por cada especialidad odontológica cubierta en cualquier período de 12 meses consecutivos. Esta póliza dental cubre una consulta solo cuando no se realiza ningún otro tratamiento durante la visita, que no sean radiografías.

Moldes de diagnóstico: cuando se necesitan para preparar un plan de tratamiento para tres o más de lo siguiente realizado a la misma hora en más de un arco: (1) prótesis dentales, (2) coronas, (3) puentes, (4) incrustaciones o recubrimientos.

Adhesión de tejido: la adhesión de muestras citológicas exfoliativas se considera cuando se realiza junto con una biopsia de origen relacionado con el diente. Se considera la consulta para un laboratorio de patología odontológica si la realiza un dentista distinto del que realiza la biopsia.

Extracciones no quirúrgicas

la asignación incluye el plan de tratamiento, la anestesia local y la atención posterior al tratamiento.

Extracción sin complicaciones, uno o más dientes.

Extracción no quirúrgica radicular de raíces expuestas.

Otros servicios

Antibióticos inyectables necesarios únicamente para el tratamiento de una afección dental.

Períodos de espera para ciertos servicios

Los siguientes servicios no se consideran cargos cubiertos y no pueden utilizarse para alcanzar el deducible durante el período de espera que se muestra en el Programa de beneficios:

- Servicios del Grupo II

Exclusiones

Las exclusiones que se enumeran a continuación se aplican a las personas cubiertas a partir de los 26 años.

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.
- Ningún 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 esta póliza, ni que forme parte o esté relacionado con ella.
- Cualquier servicio prestado únicamente por motivos estéticos, a menos que esta póliza proporcione beneficios para servicios estéticos específicos. Los servicios estéticos excluidos incluyen, sin limitación: (1) la caracterización y personalización 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.
- 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) instrucciones de higiene bucal; (2) control de sarro; (3) asesoramiento sobre el tabaco; o (4) instrucción sobre dietas.
- Duplicación de radiografías, cumplimentación de formularios de reclamación, cargos de la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (Occupational Safety and Health Administration, OSHA) u otros cargos de control de infecciones.
- Registro o análisis de la mordida.
- El reemplazo de terceros molares o muelas de juicio extraídos o faltantes.
- 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.
- Tratamiento de malformaciones congénitas o del desarrollo, o reemplazo de dientes ausentes por cuestiones congénitas.
- Las evaluaciones o tratamientos para coronas, incrustaciones, onlays, endodoncia, periodoncia, prótesis o cirugía oral no son un beneficio cubierto por esta póliza.