

El cuidado frecuente dental y de visión, no solo prevé problemas menores, reparaciones y gastos inesperados, también mejora su estado general de salud.

Las enfermedades de las encías se encuentran vinculadas a partos prematuros, problemas cardíacos, embolias, diabetes, osteoporosis entre otras enfermedades. Adicionalmente, usted puede prevenir la pérdida de visión al diagnosticar a tiempo problemas de glaucoma, diabetes o cualquier problema oftálmico.

Beneficios		
Dentro de la Red	No Aplica	
Por cada año calendario o año civil	\$1,800*	
Periodo de espera	Usted podrá disfrutar de los beneficios disponibles y cubiertos por su plan, después de un periodo de 30 días consecutivos.	
Niveles de Reembolso	Gastos Acumulados	Beneficio
Beneficios por tener el servicio de Visión y Dental combinado.	De \$1 hasta \$150.00	100%
El beneficio se basa en la acumulación del total de los gastos por cobertura individual y durante un año calendario.	\$150.01 to \$250.00	75%
	\$250.01 to \$1,800.00	50%
	\$1,800.01 en adelante	0%
Beneficios	El Plan Paga	
Dental Tipo I – Cuidado Preventivo y de Diagnostico Examen Oral de rutina Limpieza Rutinaria Radiografía Dental Completa Radiografía de mordida o interproximal Radiografía panorámica dental Tratamiento con Flúor Selladores Dentales Examen Histopatológico	Según el nivel actual de reembolso	
Dental Tipo II – Cuidado Restaurativo Básico Amalgamas o Empastes Dentales Cuidado Emergencia para aliviar el dolor Endodoncia Radiografía Periapical Periodoncia (tratamiento de encías) Cirugía Oral – Extracción Simple Cirugía Oral – de todo tipo excepto simple Anestesia Mantenedor de Espacio que substituye dientes permanentes perdidos Extracciones Dentales Cirugía de Extracción por Diente Impactado	Según el nivel actual de reembolso	
Dental Tipo III – Cuidado Restaurativo Mayor Instalación de Coronas Instalación de Dentaduras postizas removibles Puentes Dentales Incrustaciones intracoronarias y extracoronarias Instalación inicial de una prótesis dental fija para reemplazar uno o más dientes naturales Retenes o férulas dentales adicionales al resto de las dentaduras removibles ya existentes Reparación de puntes, coronas e incrustaciones Ajuste o restauración de dentaduraspostizas	Según el nivel actual de reembolso	
Servicios Oftalmológicos o de Visión Examen oftalmológico estándar o rutinario Lentes o Anteojos – incluye lentes monofocales, bifocales o trifocales. Lentes de Contacto y Armazones	Según el nivel actual de reembolso	

Restricciones de los Beneficios Dentales

Procedimiento	Restricciones	Procedimiento	Restricciones
Exámenes Orales	Dos por año calendario/civil	Limpieza o Profilaxis dental	Dos por año calendario o civil
Tratamiento de Fluor	1 por año calendario y por cada menor de 20 años	Selladores Dentales	Un tratamiento por diente cada tres años y hasta los 14 años como límite máximo.
Radiografías de Rutina	De Mordida o Interproximal: 2 por año calendario	Radiografías (no rutinarias)	Dentadura complete: 1 cada 36 meses consecutivos
Coronas e Incrustaciones	Reemplazo cada 5 años	Puentes Dentales	Periapical: 1 cada 36 meses consecutivos
Prótesis dentales	Reemplazo cada 5 años	Cirugías (de todo tipo)	Reemplazo cada 5 años
Prótesis dentales parciales			Limitadas a remoción de dientes, preparación de la boca para instalación de dentaduras y remoción de quistes dentales.
Revestimiento o reparación dental	Cubre de 6 meses de haberse instalado	Ajustes	Cubiertos después de 6 meses de haberse instalado
Reparación de Puentes	Sujeto a revisión si se requiere más de 1 vez	Reparación de Dentaduras Postizas	Sujeto a revisión si se requiere más de 1 vez
Prótesis sobre implantes	1 por cada 60 meses consecutivos en el caso de que sea inservible o sin reparación. Los beneficios se basan en el mono a pagar por metales no preciosos. No incluye porcelana o material blanco en molares o puentes dentales.	Perdida de Diente (Restricciones)	La Pérdida de un diente antes de contar con la cobertura del Plan, no será cubierto. Cuando exista un presupuesto excedente a \$200.00, usted podrá tener la opción de obtener una Evaluación Preliminar.
Mantenedor de espacio	Restringido a servicios de no ortodoncia		

Restricciones de sus Beneficios Oftalmológicos

Procedimiento	Restricciones	Procedimiento	Restricciones
Examen Oftalmológico	Uno por año calendario o civil	Armazones	Un armazón por cada 2 años
Lentes de Armazon	Uno por año calendario o civil	Lentes de contacto	Uno por año calendario o civil

Exclusiones de sus Beneficios del Plan Dental -Oftálmico Plus:

- Cualquier cargo incurrido antes de la cobertura del presente plan, ya sea por cuidado, tratamiento o suministro
- Servicios considerados como "servicios médicos"
- Servicios y suministros recibidos a través de un hospital
- Cargos considerados legalmente como "no requeridos" para pagarse
- Cargo hospitalario, el cual realice servicios para el Gobierno de EUA, si los cargos son relacionados directamente con el servicio militar
- Procedimientos y tratamientos experimentales o de investigación
- Cualquier lesión ocasionada en el área de trabajo o por el trabajo, en donde se requiera pago de sueldo
- Cualquier enfermedad cubierta por el Seguro de Indemnización Laboral "workers compensation" o por una ley similar
- Cargos en exceso que sobrepase lo razonable o los montos ordinarios
- Pagos fuera de la ley según su jurisdicción o residencia
- Por cargos que no se hubieran hecho si el individuo no contara con seguro
- Cargos innecesarios relacionados con el cuidado de la salud, tratamientos o cirugías
- En el caso de que usted o cualquiera de sus dependientes reciban pago por, o a través de un programa público (a excepción de Medicaid) de los gastos incurridos
- Cuando los beneficios cubiertos paguen los gastos de una póliza de seguro de automóvil en cumplimiento con la ley de seguro de accidentes, conocida como "no-fault" (que cubre lesiones accidentales) o en cumplimiento con la ley del conductor no asegurado
- Adicionalmente, estos beneficios serán reducidos para que el pago total no sea mayor al 100% de los cargos realizados debido a Servicios Dentales, en el caso de que estos sean proporcionados bajo el presente plan o cualquier gasto médico del plan o programa de pago anticipado o que esté disponible a través de su jefe o empleador

Exclusiones de Beneficios Dentales:

- Servicios realizados principalmente por razones cosméticas (Cirugías Plásticas)
- Reemplazo de un dispositivo dental extraviado o robado
- Reemplazo de un puente o dentadura postiza que tenga más de 5 años de haberse instalado
- Reemplazo de un Puente o dentadura postiza que pueda utilizarse según el estándar dental
- Procedimientos, dispositivos o restauraciones, que no sean dentaduras completas, cuyo propósito principal sea el cambiar la dimensión vertical, el diagnóstico o las condiciones del Desorden Temporomandibular, estabilización de dientes con compromiso periodontal o restauración de una oclusión
- Carillas dentales de porcelana o acrílico, materiales en coronas o pónicos para reemplazar el primer, segundo o tercer molar inferior o superior
- Registros Oclusales, accesorios de precisión o semi-precisión o ferulización de dientes
- Instrucción para el control de placa dental, higiene oral o dieta
- Servicios dentales considerados como de no cumplimiento con los estándares dentales
- Procedimientos realizados por un dentista a un familiar no autorizado de la persona cubierta (familiares cubiertos incluyen, esposa (o), hermanos, padres, hijos, abuelos y la familia política del esposo (a) hermanos y padres políticos de la

Exclusiones de Beneficios Oftalmológicos:

- Ojos artificiales, en el caso de que sean medicamente necesarios, se encuentran cubiertos bajo el Plan de Salud
- Cualquier cargo incurrido por Ortopeda (ejercicios para los músculos oculares), por entrenamiento y terapia ocular o cualquier cirugía como tratamiento o cular.
- Cualquier cargo por Queratotomía Radial o cualquier otro tipo de cirugía para mejorar la agudeza visual o defectos refractivos. Adicionalmente, exámenes rutinarios incluyendo refractivos, anteojos y cualquier examen para el ajuste de estos.