

DENTAL + VISIÓN

DENTAL + VISIÓN es un plan combinado de reembolso directo que paga los gastos dentales y de la vista. Después de un período de espera inicial de 30 días, la estructura de reembolso escalonada comienza en el primer dólar y le permite maximizar sus beneficios potenciales.

PROGRAMA DE REEMBOLSO

COSTE DEL PROCEDIMIENTO	REEMBOLSO
HASTA \$150	100%
\$151 - \$250	75%
\$251 - \$1,800	50%
\$1,801 - ARRIBA	0%

	Empleado	Empleado + Hijo(s)	Empleado + Espos(a)	Empleado + Familia
COSTO	\$30.00	\$54.00	\$66.00	\$90.00

EJEMPLOS DE BENEFICIOS CUBIERTOS



LIMPIEZA DENTAL



EXAMEN ANUAL DE OJOS



CANAL RAÍZ



MONTURAS DE GAFAS



RELLENOS



LENTE



RAYOS X DENTALES



LENTE DE CONTACTO

Elija ir a cualquier dentista o especialista en visión y recibir cualquier procedimiento médicamente necesario.

PLAN DENTAL + VISION

ESPECIFICACIÓN DE BENEFICIOS

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. El beneficio se basa en la acumulación del total de los gastos por cobertura individual y durante un año calendario.	De \$1 hasta \$150.00 \$150.01 to \$250.00 \$250.01 to \$1,800.00 \$1,800.01 en adelante	100% 75% 50% 0%
Beneficios		El Plan Paga
Dental Tipo I – Cuidado Preventivo y de Diagnostico		Según el nivel actual de reembolso
Examen Oral de rutina Limpieza Rutinaria Radiografía Dental Completa Radiografía de mordida o interproximal	Radiografía panorámica dental Tratamiento con Flúor Selladores Dentales Examen Histopatológico	
Dental Tipo II – Cuidado Restaurativo Básico		Según el nivel actual de reembolso
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	
Dental Tipo III – Cuidado Restaurativo Mayor		Según el nivel actual de reembolso
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 puntas, coronas e incrustaciones Ajuste o restauración de dentaduras postizas Instalación de Coronas	
Servicios Oftalmológicos o de Visión		Según el nivel actual de reembolso
Examen oftalmológico estándar o rutinario Lentes o Anteojos – incluye lentes monofocales, bifocales o trifocales. Lentes de Contacto y Armazones		

Restricciones de los Beneficios Dentales

Procedimiento	Restricciones	Procedimiento	Restricciones
Exámenes Orales	Dos por año calendario/civil	Puentes Dentales	Reemplazo cada 5 años
Radiografías de Rutina	De Mordida o Interproximal: 2 por año calendario	Tratamiento de Fluor	1 por año calendario y por cada menor de 20 años
Radiografías (no rutinarias)	Dentadura complete: 1 cada 36 meses consecutivos. Periapical: 1 cada 36 meses consecutivos	Selladores Dentales	Un tratamiento por diente cada tres años y hasta los 14 años como límite máximo.
Coronas e Incrustaciones	Reemplazo cada 5 años	Limpieza o Profilaxis dental	Dos por año calendario o civil
Prótesis dentales, Prótesis dentales parciales	Reemplazo cada 5 años	Cirugias (de todo tipo)	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	Reparacion de Dentaduras Postizas	Sujeto a revisión si se requiere más de 1 vez

Procedimiento	Restricciones	Procedimiento	Restricciones
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

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 Ortopica (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.