



# Plan PPO de Premier Access California Family Dental

- Consulte a cualquier dentista que desee, pero puede ahorrar más cuando consulta a un dentista que participa en la red Preferred de Premier. 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 Premier.
- 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.
- Puede elegir consultar a un dentista fuera de la red y se le reembolsará en función de lo que los proveedores en su área geográfica generalmente cobran por el mismo servicio o uno similar.

## Resumen de beneficios

Para adultos de 19 años o más

	En la red	Fuera de la red
<b>Deducibles</b> <i>Los gastos en efectivo que usted paga antes de que el plan pague los beneficios</i>	<b>Usted paga</b>	
<b>Individual</b>	\$50	\$50
<b>Familiar</b> <i>(3 o más adultos asegurados)</i>	\$150	\$150
<b>Máximo de gastos en efectivo</b> <i>Se aplica a miembros menores de 19 años únicamente. Una vez que se alcanza esta cantidad, Premier pagará el 100 % de los cargos odontológicos de su hijo por el resto del año.</i>		
<b>Individual</b> <i>(Un hijo)</i>	\$350	n/d
<b>Familiar</b> <i>(2 o más hijos)</i>	\$700	n/d
<b>Máximo del plan</b> <i>Se aplica a los miembros mayores de 19 años. La cantidad máxima que se le puede reembolsar por los servicios recibidos.</i>		
<b>Máximo anual</b>	\$1500	\$1500
<b>Coseguro</b> <i>La cantidad que Premier paga por el costo de un cargo cubierto</i>	<b>Premier paga</b>	
<b>Servicios preventivos</b> <i>La mayoría de los servicios odontológicos de rutina, que incluyen: exámenes bucales, limpiezas, radiografías</i>	100 %	90 %
<b>Servicios básicos</b> <i>Servicios de restauración simples (empastes), servicios de diagnóstico, servicios periodontales</i>	80 %	70 %
<b>Servicios principales</b> <i>Servicios dentales más complejos, incluidas coronas, servicios endodónticos y cirugía bucal</i>	50 %	50 %
	<i>Después de un período de espera de 6 meses*</i>	<i>Después de un período de espera de 6 meses*</i>
<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.</i>		



# Plan PPO de Premier Access California Family Dental

- Consulte a cualquier dentista que desee, pero puede ahorrar más cuando consulta a un dentista que participa en la red Preferred de Premier. 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 Premier.
- 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.
- Puede elegir consultar a un dentista fuera de la red y se le reembolsará en función de lo que los proveedores en su área geográfica generalmente cobran por el mismo servicio o uno similar.

## Resumen de beneficios

Menores de 19 años de edad

	En la red	Fuera de la red
<b>Deducibles</b> <i>Los gastos en efectivo que usted paga antes de que el plan pague los beneficios</i>	<b>Usted paga</b>	
<b>Por hijo</b>	\$75	\$75
<b>Máximo de gastos en efectivo</b> <i>Se aplica a miembros menores de 19 años únicamente. Una vez que se alcanza esta cantidad, Premier pagará el 100 % de los cargos odontológicos de su hijo por el resto del año.</i>		
<b>Individual</b> <i>(Un hijo)</i>	\$350	n/d
<b>Familiar</b> <i>(2 o más hijos)</i>	\$700	n/d
<b>Coseguro</b> <i>La cantidad que Premier paga por el costo de un cargo cubierto</i>	<b>Premier paga</b>	
<b>Servicios preventivos</b> <i>La mayoría de los servicios odontológicos de rutina, que incluyen: exámenes bucales, limpiezas, radiografías y servicios de diagnóstico</i>	100 %	90 %
<b>Servicios básicos</b> <i>Servicios de restauración simples (empastes) y servicios periodontales</i>	80 %	70 %
<b>Servicios principales</b> <i>Servicios dentales más complejos, que incluyen: coronas, extracciones complejas, cirugía bucal y servicios endodónticos</i>	50 %	50 %
<b>Ortodoncia necesaria desde el punto de vista médico</b> <i>Se aplica a miembros menores de 19 años únicamente</i>	50 %	50 %

# Limitaciones y exclusiones para los planes PPO de Premier Access

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

## Limitaciones

**Tratamiento fuera del área de servicios con cobertura:** el tratamiento fuera de su estado con cobertura y/o de los Estados Unidos no está cubierto, a menos que el tratamiento sea de emergencia.

**Limitaciones de dientes faltantes:** 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. Durante los primeros 24 meses de cobertura, no se cubrirá una prótesis completa, parcial o puente fijo cuando se reemplace uno o más dientes perdidos o extraídos antes de estar cubierto por esta Póliza.

## Agregado/Reemplazo de puente o prótesis dental:

- Se cubre el reemplazo de una prótesis dental completa, una prótesis dental parcial o un puente fijo cuando:
  - Han pasado 5 años desde el último reemplazo de prótesis dental o puente.
  - La prótesis dental o el puente se dañaron mientras estaban colocados en la boca de la Persona cubierta cuando esta sufrió una lesión que implicó medios externos, violentos o accidentales. La lesión debe haber ocurrido mientras la persona estaba asegurada conforme a esta Póliza, y el aparato no es útil.

Sin embargo, se aplicarán las siguientes excepciones:

- Se cubrirán los beneficios para el reemplazo de una prótesis dental existente menor a 5 años si existe una extracción necesaria desde el punto de vista odontológico de un diente natural adicional en funcionamiento que no puede agregarse a la prótesis dental parcial existente.
- Se pagarán los beneficios para el reemplazo de un puente fijo existente menor a 5 años si existe una extracción necesaria desde el punto de vista odontológico de un diente natural adicional en funcionamiento, y el diente extraído no era un soporte de un puente existente.
- El reemplazo de un puente perdido no es un beneficio cubierto.
- Un puente para reemplazar raíces extraídas cuando falta la mayor parte de la corona natural no es un beneficio cubierto.
- No se considerará como beneficio cubierto un diente extraído si el diente era un soporte de una prótesis existente menor a 5 años.
- El reemplazo de una prótesis dental parcial, una prótesis dental completa, una corona o un puente con unidades más costosas/diferentes tipos de unidades se limita al beneficio correspondiente para la unidad existente que se reemplaza.

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

## Exclusiones

Los Servicios y suministros cubiertos no incluyen los siguientes:

- 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: d) 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, la póliza siempre reembolsará a la agencia de asistencia médica local o estatal (Medicaid) por los servicios y suministros cubiertos. e) Que no sean impuestos en contra de la persona o por los cuales la persona no es responsable. f) 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.
- Los servicios o suministros que surjan de o durante el transcurso de Su ocupación habitual remunerada o productiva por la que a Usted o a Su dependiente se le paga en virtud de cualquier Ley de Compensación para Trabajadores, la Ley de Responsabilidad del Empleador o leyes similares. Debe reclamar y notificar todos estos beneficios de inmediato. Pueden recuperarse los beneficios pagados conforme a esta póliza que también se pagan conforme a cualquier Ley de Compensación para Trabajadores, Ley de Responsabilidad del Empleador o leyes similares.
- Los servicios o suministros proporcionados por un dentista, higienista dental, técnico dental o médico que sea un Familiar cercano o una persona que normalmente vive con Usted o un Dependiente.
- Los servicios y suministros que no se prevea razonablemente que corrijan con éxito la afección dental de la Persona cubierta durante un periodo de al menos 3 años.
- Todos los servicios para los que se reciba un reclamo más de un año 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 proporcionados principalmente para fines cosméticos, incluido el blanqueamiento.
- Los servicios y suministros recibidos fuera de los Estados Unidos, salvo en el caso de tratamiento de emergencia.
- La corrección de afecciones congénitas o el reemplazo de dientes permanentes ausentes por cuestiones congénitas.
- Moldes de diagnóstico.
- Los procedimientos educativos, incluidos, entre otros, higiene bucal, control de sarro o instrucciones sobre dietas.

# Limitaciones y exclusiones para los planes PPO de Premier Access

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

## **Exclusiones (continuación):**

- 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.
- Laminados.
- 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.
- La extracción de dientes sin patologías, incluidos dientes supernumerarios.
- 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 joint, TMJ), a menos que se incluya una cláusula de beneficios de TMJ en esta póliza.
- Servicios de ortodoncia que no son necesarios desde el punto de vista médico, suministros, aparatos y servicios relacionados con la ortodoncia.
- La sedación oral y la analgesia con óxido nitroso no están cubiertas.
- Inyección de fármacos terapéuticos.
- Cargos por completar formularios de reclamación.
- Las citas odontológicas a las que no asista.

# Limitaciones y exclusiones para los planes PPO de Premier Access

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

## Exclusiones

Los Servicios y suministros cubiertos no incluyen los siguientes:

- Tratamiento que: a) no está incluido en la lista de Servicios y suministros cubiertos, excepto ortodoncia necesaria desde el punto de vista médico; 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, la póliza 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.
- 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 beneficios pagados en virtud de cualquier Ley de Compensación para Trabajadores, Ley de Responsabilidad del Empleador o leyes similares. Debe reclamar y notificar todos estos beneficios de inmediato. Pueden recuperarse los beneficios pagados conforme a esta póliza que también se pagan conforme a cualquier Ley de Compensación para Trabajadores, Ley de Responsabilidad del Empleador o leyes similares.
- Los servicios o suministros proporcionados por un dentista, higienista dental, técnico dental o médico que sea un Familiar cercano o una persona que normalmente vive con Usted o un Dependiente.
- 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 proporcionados principalmente para fines cosméticos, incluido el blanqueamiento.
- Los servicios y suministros recibidos fuera de los Estados Unidos, salvo en el caso de tratamiento de emergencia.
- 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 temporaria 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 de Ortodoncia, suministros, aparatos y servicios relacionados con la Ortodoncia, a menos que se incluya una cláusula de Ortodoncia en esta Póliza.
- La sedación oral y la analgesia con óxido nitroso están cubiertas solo según se describe en la sección de servicios cubiertos.
- Inyección de fármacos terapéuticos.
- Cargos por completar formularios de reclamación.
- Las citas odontológicas a las que no asista.

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

[dentalexchange.guardiandirect.com](http://dentalexchange.guardiandirect.com)

Año del plan 2020

Suscrito por Premier Access Insurance Company, una subsidiaria de propiedad absoluta de 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 HBEX\_PAD\_CA\_IP\_COI\_20. Este plan puede no estar disponible en todos los condados. Visite la sección "Ver planes y precios" en [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov) para confirmar la disponibilidad en su área.