

**Resumen de beneficios dentales**

**Número de Grupo:** 00511465

**Acerca de sus Beneficios:**

Una visita al dentista puede ayudarlo a mantener una gran sonrisa y evitar muchos problemas de salud. Pero la atención dental puede ser muy costosa y usted puede verse forzado a invertir en gastos imprevistos. ¿Sabía que una corona puede costar hasta \$1,400<sup>1</sup>? El seguro dental de Guardian le ayudará a pagarlo. Con acceso a una de las redes más grandes de proveedores dentales en el país, quienes accedieron a cobrar los honorarios negociados para sus servicios de hasta 30% menos que los cargos promedios en la misma comunidad, usted se beneficiará de menos gastos de su propio bolsillo, atención de calidad de un dentista revisado y analizado, no habrá formularios de reclamación que presentar, y recibirá un excelente servicio al cliente. ¡Inscríbase hoy y sonría la próxima vez que vea a su dentista!

<sup>1</sup><http://health.costhelper.com/dental-crown.html>

**Opción 1:** Con el plan **Pre-Paid** usted goza de los descuentos negociados con los dentistas de la red. Efectúa un copago fijo por cada servicio cubierto. No se cubren las consultas a proveedores fuera de la red.

**Opción 2:** Con el plan **PPO**, puede ir a cualquier dentista, pero paga menos dinero de su bolsillo cuando escoge un dentista de una PPO. Fuera de la red, los beneficios están limitados a nuestro programa de honorarios PPO.

<b>Su plan dental</b>	<b>Opción 1: Pre-Paid</b>	<b>Opción 2: PPO</b>	
<b>Su red es</b>	Managed DentalCare	DentalGuard Preferred	
<b>Deducible por Año calendario</b>		<i>Dentro de la Red</i>	<i>Fuera de la Red</i>
Individual	Sin Deducible	\$50	\$100
Límite familiar		3 por familia	
No aplicable a		Preventiva	Ninguno
<b>Cargos cubiertos para usted (coseguro)</b>	<i>Red Únicamente</i>	<i>Dentro de la Red</i>	<i>Fuera de la Red</i>
Atención preventiva	Usted paga un copago por cada servicio cubierto. Vea los "detalles del plan" para mas informacion.	100%	100%
Atención básica		80%	50%
Atención mayor		50%	25%
Ortodoncia		No se cubre	
<b>Beneficio máximo anual</b>	Ilimitado	\$1000	\$1000
<b>Beneficio Máximo de por Vida para Ortodoncia</b>	No Aplicable	No Aplicable	
<b>Copago por atención en consultorio</b>	\$5	Ninguno	
<b>Límites de edad del dependiente</b>	26	26	

## Una muestra de servicios cubiertos for su plan:

		<b>Opción 1: Pre-Paid</b> <i>Usted paga</i>	<b>Opción 2: PPO</b> <i>El plan paga (en promedio)</i>	
		<i>Red únicamente</i>	<i>Dentro de la red</i>	<i>Fuera de la red</i>
Atención preventiva	Limpieza (profilaxis)	\$0	100%	100%
	Frecuencia:	2 en 12 meses	Una vez cada 6 meses	
	Tratamientos con fluoruro	\$0	100%	100%
	Límites:	Menos de 18 años	Menos de 14 años	
	Exámenes bucales	\$0	100%	100%
	Selladores (por diente)	\$5	100%	100%
	Radiografías	\$0	100%	100%
Atención básica	Empastes‡	\$5	80%	50%
	Extracciones simples	\$5	80%	50%
Atención mayor	Anestesia*	No se cubre	50%	25%
	Puentes y dentaduras postizas	\$190-220	50%	25%
	Incrustaciones, incrustaciones oclusales, fundas**	\$70-140	50%	25%
	Cirugía periodontal	\$195	50%	25%
	Mantenimiento periodontal	\$15	50%	25%
	Frecuencia:	Una vez cada 3 a 6 meses (Estándar)	Una vez cada 6 meses (Estándar)	
	Reparación y mantenimiento de coronas, puentes y dentaduras postizas	\$20-35	50%	25%
	Tratamiento de conducto/raíz	\$75-150	50%	25%
	Raspado y alisado radicular (por cuadrante)	\$30	50%	25%
	Coronas individuales	\$160	50%	25%
Extracciones complejas	\$45-70	50%	25%	
Ortodoncia	Ortodoncia	\$1,975-2,175	No se cubre	
	Límites:	Adultos e hijos		

Esta es sólo una lista parcial de los servicios dentales. Su certificado de beneficios indicará exactamente qué está cubierto y qué está excluido. \*\*En el caso de PPO o miembros de planes con reintegro, las coronas, los tratamientos de ortodoncia o dentadura y las fundas, se cubren sólo por caries o lesiones u otras patologías cuando la pieza no pueda repararse con una amalgama o material de empaste compuesto. Cuando la cobertura de ortodoncia sea para "Niños" únicamente, el mantenimiento de la ortodoncia puede continuar todo el tiempo que continúe la condición de estudiante de tiempo completo. Si la cobertura de Ortodoncia es para "Adultos y niños", no aplica esta limitación. El número total de limpiezas y procedimientos de mantenimiento periodontal se combina en un período de 12 meses. \*Anestesia general - aplican restricciones. ‡En el caso de PPO y miembros de planes con reintegro, podrán aplicarse limitaciones de empastes a empastes compuestos.

### Gestione sus beneficios:

Visite [www.GuardianAnytime.com](http://www.GuardianAnytime.com) para acceder a la información segura sobre sus beneficios de Guardian, incluido el acceso a una imagen de su tarjeta de identificación. Su cuenta en línea se configurará dentro de 30 días luego de la fecha de entrada en vigencia de su plan.

### Busque un dentista:

Visite [www.GuardianAnytime.com](http://www.GuardianAnytime.com)  
Haga clic en "Find A Provider" (Buscar un Proveedor); Necesitará saber su plan y red dental, las cuales se pueden encontrar en la primera página de su resumen de beneficio dental.

### ¿Necesita asistencia?

Llame a la Línea de Ayuda de Guardian al (888) 600-1600, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:30 p.m., horario de la costa Este. Consulte su identificación de miembro (número de seguro social) y su número de plan: 00511465

**Llame a la Línea de Ayuda de Guardian si necesita usar sus beneficios dentro de los 30 días de la fecha de entrada en vigencia del plan.**

## EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

- Información importante sobre los planes PPO de DentalGuard Indemnity y DentalGuard Preferred de Guardian: Esta póliza otorga seguro dental únicamente. La cobertura se limita a los gastos que resulten necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar enfermedades, defectos o lesiones dentales. Se aplican deducibles. El plan no paga lo siguiente: servicios de higiene bucal (salvo los cubiertos dentro de los servicios preventivos); ortodoncia (a menos que se indique expresamente lo contrario); tratamientos cosméticos o experimentales (a menos que se indique expresamente lo contrario); todo tratamiento en que los beneficios sean pagados por cualquier otra parte o por el que no se cobre ningún cargo; dispositivos protésicos a menos que se cumplan ciertas condiciones; y servicios accesorios a tratamiento quirúrgicos. El plan limita los beneficios para consultas de diagnóstico y para servicios preventivos, restauradores, endodónticos, periodónticos y protodónticos. Los servicios, exclusiones, y limitaciones indicados anteriormente no constituyen un contrato y se ofrecen a modo de resumen únicamente. Los documentos del plan de Guardian son el árbitro definitivo de la cobertura. Contrato N° GP-I-DG2000 y otros.
- Información importante acerca del Plan Prepago de Managed DentalGuard de Guardian (Florida, Nueva York), el Plan de Managed DentalGuard de Guardian (Colorado), el Plan de Managed DentalGuard Inc. (Ohio), el Plan DHMO de Managed Dental Care (California), el Plan Managed DentalGuard de Managed DentalGuard (Nueva Jersey), Inc., el Plan DHMO Managed DentalGuard de Managed DentalGuard, Inc. (Texas) y el Plan Dental Managed DentalGuard – LIBERTY de Nevada, Inc. (Nevada): Este plan brinda beneficios dentales prepagas a través de una red de dentistas generales y especializados. Todos los servicios cubiertos deben ser

prestados por el dentista de cabecera del miembro. Los servicios especializados están cubiertos sólo en la medida en que hayan sido autorizados por el dentista de cabecera y Managed DentalGuard los haya aprobado previamente. Sólo se cubren los servicios enumerados en el plan. Ciertos servicios están sujetos a limitaciones anuales o con otra periodicidad. Cuando se incluyen específicamente los beneficios de ortodoncia, el plan estipula un tratamiento integral de por vida por miembro. A menos que se incluyan específicamente, si al inicio de la vigencia del plan de Managed DentalGuard el miembro se encuentra en tratamiento completo o retención de ortodoncia, el plan no le brindará beneficios de ortodoncia. Los servicios, exclusiones, y limitaciones indicados anteriormente no constituyen un contrato y se ofrecen a modo de resumen únicamente.

GP-I-MDGI, y otros, o GP-I-MDG-FL-I-08, y otros (Florida); GP-I-MDG-NY I, y otros, o GP-I-MDG-NY-I-08, y otros (New York); GP-I-MDG-CO-I, y otros (Colorado); GP-IMDCI, y otros, o GP-I-MDC-CA-I-08, y otros (California); GP-I-MDG-I-NJ, y otros, o GP-I-MDG-NJ-I-08, y otros ).

- **Limitación Especial de Reintegro y/o PPO:** Pérdida o falta de dientes antes de que la persona cubierta quede asegurada por este plan. La persona cubierta puede tener uno o más dientes faltantes de nacimiento o haber perdido uno o más dientes antes de quedar asegurada por este plan. No pagaremos los dispositivos protésicos que reemplacen a dichos dientes, salvo que los dispositivos también reemplacen a uno o más dientes naturales perdidos o extraídos después de que la persona haya quedado cubierta por este plan. R3-DG2000