

Este es sólo un resumen. Si quiere obtener más detalles sobre la cobertura dental y los costos en este plan, puede obtener los términos completos en la póliza o en el documento del plan en [www.\[insertar\]](#) o llamando al 1-800-[insertar].

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué esto es importante |
|---|--|---|
| ¿De cuánto es el monto de la prima? | \$ | El monto de la prima es una tarifa mensual que debe pagar a su compañía de seguros para recibir seguro dental. |
| ¿Cuál es el deducible general? | \$ | Debe pagar todos los costos relacionados con los servicios cubiertos hasta alcanzar el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar los servicios cubiertos que reciba. Revise su póliza o su documento del plan para ver cuándo vuelve a comenzar el deducible (generalmente, pero no siempre, el 1 de enero). Vea la tabla que inicia en la en la página 2 para ver cuánto pagará por los servicios cubiertos después de que cubra el deducible. |
| ¿El deducible aplica a los servicios preventivos? | | El deducible [sí / no] aplica a exámenes preventivos, limpiezas y otros servicios preventivos. Vea la tabla que inicia en la en la página 2 para ver cuánto pagará por los servicios preventivos cubiertos. |
| ¿Cuál es el límite a mis gastos por cuenta propia? | \$___ por 1 menor \$___ por 2 menores o más | El límite a los gastos por cuenta propia es la máxima cantidad que podría pagar durante el año de cobertura por su parte del costo de los servicios cubiertos. Este límite le ayuda a planear los gastos de su cuidado dental. |
| ¿Qué no está incluido en el límite de gastos por cuenta propia? | Primas, servicios no cubiertos. | Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el límite de pago por cuenta propia. |
| ¿Hay un límite anual general para lo que paga el plan? | No. | No hay un límite anual general para lo que paga el plan. La tabla que inicia en la página 2 describe los límites para lo que paga el plan para servicios <i>específicos</i> cubiertos para menores. Este plan no cubre beneficios para adultos. |
| ¿Quién está incluido en la red de proveedores del plan? | Vea www. [insertar] o llame al 1-800-[insertar] para ver una lista de proveedores participantes. | Si utiliza un proveedor dentro de la red, este plan le pagará, de manera parcial o total, el costo de los servicios cubiertos. Esté enterado de que su dentista dentro de la red puede utilizar un proveedor que requiera gastos por cuenta propia (como un hospital) para algunos servicios. Los planes utilizan el término "dentro de la red", "preferido" o "participante" para referirse a los proveedores dentro de sus redes. Vea la tabla que inicia en la página 2 para ver cómo este plan le paga a diferentes tipos de proveedores. |
| ¿Mi hijo(a) necesita una derivación para consultar a un especialista? | | Puede consultar al especialista que elija [con / sin] permiso de este plan. |
| ¿Mi hijo(a) necesita autorización previa antes de recibir ciertos servicios dentales? | | Usted [sí / no] necesita llamar al plan al 1-800-[insertar] antes de recibir ciertos servicios dentales. Consulte su póliza o documento del plan para obtener información adicional. |

- **Los copagos** con cantidades fijas de dinero (por ejemplo, \$15) que usted paga por los servicios dentales cubiertos, generalmente en el momento del servicio.
- **El coaseguro**, que es diferente de los copagos, es *su* parte del costo de un servicio cubierto, calculado como un porcentaje del **monto permitido** para el servicio. Por ejemplo, si el **monto permitido** del plan es un procedimiento de restauración (por ejemplo, una corona) es de \$1,000, su pago de **coaseguro** del 20% sería de \$200. Esto podría cambiar si aún no ha cubierto su **deducible**.
- El monto que paga el plan por los servicios cubiertos se basa en el **monto permitido**. Si un **proveedor** fuera de la red le cobra más que el **monto permitido**, usted podría tener que pagar la diferencia. Por ejemplo, si un dentista fuera de la red cobra \$1,500 por una corona y el **monto permitido** es de \$1,000, usted podría tener que pagar los \$500 de diferencia. (Esto se llama **cobro de saldo**).
- Este plan puede animarlo a utilizar **proveedores** dentro de la red cobrándole **deducibles**, **copagos** y **coaseguros** más bajos.

| | | |
|--|-----|--|
| ¿Hay servicios que este plan no cubre? | Sí. | Algunos de los servicios que no cubre este plan aparecen en la página 3. Consulte su póliza o documento del plan para obtener información adicional sobre los servicios excluidos. |
|--|-----|--|

| Tratamiento dental | Servicios que usted podría necesitar | Su costo si utiliza un proveedor dentro de la red | Su costo si utiliza un proveedor fuera de la red | Limitaciones y excepciones |
|-------------------------|--------------------------------------|---|--|----------------------------|
| Chequeo de rutina | Exámenes | | | |
| | Limpiezas | | | |
| | Fluoruro | | | |
| | Selladores | | | |
| | Radiografías | | | |
| | Óxido nitroso | | | |
| Rellenar una caries | Amalgama | | | |
| | Compuesto | | | |
| | Óxido nitroso | | | |
| Cuidado de restauración | Tratamiento de encías | | | |
| | Coronas | | | |
| | Endodoncia | | | |
| | Reemplazo de dientes | | | |
| Extracción de dientes | Extracción | | | |
| Cirugía bucal avanzada | Cirugía bucal | | | |
| | Frenos | | | |

Preguntas: Llame al 1-800-[insertar] o visítenos en [www.\[insertar\]](http://www.[insertar]). Si no tiene claro lo que significa alguno de los términos subrayados en este formulario, consulte el glosario. Puede ver el glosario en [www.\[insertar\]](http://www.[insertar]) o llame al 1-800-[insertar] para solicitar una copia.

| | | | | |
|-------------------------------------|----------------------------|--|--|--|
| Ortodoncia médicamente necesaria | Dispositivos removibles | | | |
|-------------------------------------|----------------------------|--|--|--|

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

Servicios que este plan NO cubre (Esta no es una lista exhaustiva. Consulte su póliza o documento del plan para ver otros servicios excluidos).

- Cuidado dental para adultos

Otros servicios cubiertos (Esta no es una lista exhaustiva. Consulte su póliza o documento del plan para ver otros servicios cubiertos).

-

Derecho a quejas y apelaciones

Si tiene una queja o está insatisfecho con una denegación de cobertura por reclamos a su plan, es posible que pueda apelar o presentar una queja. Si tiene preguntas sobre sus derechos, sobre esta notificación, o para recibir ayuda, puede ponerse en contacto con: **[insertar información de contacto aplicable]**.

¿Esta cobertura proporciona una cobertura mínima esencial?

Este plan o póliza satisface los requisitos de valor mínimo y beneficios de la Ley de Cuidado Asequible para el beneficio de salud esencial de cuidado dental pediátrico.