



# Programa de Beneficios Dentales

Planes Individuales SoloCare con Beneficios Dentales

**PROGRAMA DE BENEFICIOS DENTALES**  
**PLANES INDIVIDUALES SOLOCARE CON BENEFICIOS DENTALES**  
**01/01/2023 – 12/31/2023**

Este documento se llama Programa de Beneficios Dentales y sólo se aplica a los planes médicos SoloCare de Alliant Health Plans (Alliant) con beneficios dentales. Por favor, consulte este programa siempre que necesite servicios dentales. Describe cómo acceder atención dental, qué servicios dentales están cubiertos por Alliant, qué límites se aplican a los servicios cubiertos y qué parte de los gastos de atención dental debe pagar usted.

A veces, Alliant puede enviarle documentos que son enmiendas, endosos, anexos, inserciones o cláusulas adicionales. Cuando reciba estos documentos, pasarán a formar parte de su Certificado de Cobertura **SoloCare**.

**Los Beneficios Dentales Dentro De Su Plan No Están Limitados Por La Red De Proveedores**  
Su Plan le permite la libertad de seleccionar el Dentista de su elección.

**Los Beneficios Dentales mencionados en este documento se acumulan hasta el Límite de Gastos de Bolsillo de su Plan.**

Los beneficios dentales mencionados aquí están sujetos al Deducible y al Coseguro de su plan médico. Estos beneficios dentales se acumulan hasta alcanzar el Límite de Gastos de Bolsillo de su plan médico. Por favor, consulte su Resumen de Beneficios y Cobertura para conocer el Deducible, el Coseguro, los Copagos y Límite de Gastos de Bolsillo específicos de su Plan.

Gracias por elegir **SoloCare**.



## ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b><u>PROGRAMA DE BENEFICIOS DENTALES</u></b> . . . . .	<b>2</b>
<b><u>DEFINICIONES</u></b> . . . . .	<b>3</b>
<b><u>PROVEEDORES DENTALES Y PAGOS DE RECLAMOS</u></b> . . . . .	<b>4</b>
<u>ESTADO DE LA RED DE PROVEEDORES</u> . . . . .	.5
<u>DENTISTAS</u> . . . . .	.5
<u>COSTOS COMPARTIDOS</u> . . . . .	.7
<u>PAGO DE BENEFICIOS</u> . . . . .	.7
<b><u>SERVICIOS CUBIERTOS</u></b> . . . . .	<b>7</b>
<b><u>BENEFICIOS ESENCIALES DE LA SALUD PEDIATRICA</u></b> . . . . .	<b>9</b>
<b><u>BENEFICIOS DENTALES PARA ADULTOS</u></b> . . . . .	<b>14</b>
<b><u>SEGURO DENTAL: EXCLUSIONES</u></b> . . . . .	<b>21</b>
<b><u>AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN</u></b> . . . . .	<b>24</b>

## PROGRAMA DE BENEFICIOS DENTALES

El Programa de Beneficios Dentales es una lista de los beneficios máximos, los Servicios Cubiertos y las exclusiones que se aplican cuando usted recibe atención de un Dentista. Por favor, consulte la sección de Servicios Cubiertos de este Programa de Beneficios Dentales para obtener una explicación más completa de los servicios específicos cubiertos. Todos los Servicios Cubiertos están sujetos a las condiciones, exclusiones, limitaciones, términos y disposiciones de su Plan, incluyendo cualquier anexo o cláusula adicional.

### Año de Cobertura

Un año, del 1 de enero al 31 de diciembre (también llamado año o año civil ). Los beneficios se reinician cada 1 de enero.

### Deducible

El Deducible es la cantidad que usted debe pagar antes de que Alliant comience a pagar los Servicios Cubiertos. Usted debe cumplir con su Deducible cada Año de Cobertura antes de que Alliant pague por los Servicios Cubiertos. Los servicios de atención preventiva están cubiertos y son reembolsables antes de alcanzar su Deducible. Los requisitos del Deducible están indicados en su Resumen de Beneficios y Cobertura.

### Máximos de Beneficios

Los siguientes beneficios máximos son el monto en dólares que Alliant pagará por los Servicios Cubiertos por cada Miembro, sujeto a los porcentajes de cobertura identificados en el Resumen de Beneficios y Cobertura de su Plan. Si usted no alcanza los Beneficios Máximos Anuales, las cantidades no utilizadas no se trasladarán al siguiente año de cobertura. Consulte el Resumen de Beneficios y Cobertura.

Servicio	Pediátrico	Adulto
Todos los Servicios (Odontología Preventiva, Odontología Básica, Odontología Mayor y Ortodoncia Dentalmente Necesaria)	Máximo Beneficio No Aplicable	\$1,000 Beneficio Máximo Anual para todos los servicios; los servicios no están cubiertos para el cuidado cosmético

### Coseguro y Máximos de Bolsillo

La parte que usted debe pagar (el Coseguro) se indica en su Resumen de Beneficios y Cobertura. Sus beneficios dentales se acumulan hasta el Límite Máximo de Gastos de Bolsillo de su Plan. Alliant pagará hasta el Límite Máximo de Beneficio Anual para ciertos beneficios. Usted es

responsable del resto de sus servicios dentales.

## DEFINICIONES

Esta sección define los términos que tienen un significado especial. Si una palabra o frase tiene un significado especial o es un título, se escribirá en mayúsculas. La palabra o frase se define en esta sección o en el lugar del texto donde se utiliza.

**Accidente Dental** – es el daño a la boca, los dientes y el tejido de soporte debido directamente a un accidente. No incluye los daños en los dientes, aparatos o dispositivos protésicos que resultan de masticar o morder alimentos u otras sustancias.

**Servicios Cubiertos** – son los servicios o tratamientos descritos en este Programa de Beneficios Dentales que son realizados, prescritos, dirigidos o autorizados por un Dentista. Para ser considerado un Servicio Cubierto, el servicio debe ser:

- Dentro del ámbito de la licencia del Proveedor realizando el servicio;
- Realizado mientras la cobertura bajo el Certificado de Cobertura de su Plan está en vigencia;
- No excluido o limitado específicamente por este Programa de Beneficios Dentales; e
- Incluido específicamente como un beneficio Cubierto dentro de este Programa de Beneficios Dentales.

**Cuidados Cosméticos** – son servicios que tienen como objetivo principal mejorar la apariencia, incluyendo, pero no limitándose a:

- Revestimientos en coronas o pónicos (la parte de un puente fijo entre los pilares) posteriores al segundo bicúspide.
- Caracterizaciones y personalización de los dispositivos protésicos.

**Ortodoncia Dentalmente Necesaria** – Sólo los servicios médicamente necesarios demostrados por una maloclusión severa y discapacitante son cubiertos y califican para la atención de ortodoncia. Los procedimientos de ortodoncia son un beneficio sólo cuando cumple una o más de las condiciones de calificación y los reclamos se presentan con los códigos CDT e ICD-10 apropiados, que se listan a continuación. Todos los servicios deben ser realizados por un ortodontista con licencia. Condiciones que califican:

- Paladar Hendido
- Sobremordida Profunda
- Impactaciones Anteriores
- Desviaciones Traumáticas Severas
- Resalte Superior a 9mm
- Apiñamiento Maxilar Anterior Severo, superior a 8mm

**Dentista** – es una persona que está autorizada con licencia para ejercer la odontología por la autoridad gubernamental que tiene jurisdicción sobre la concesión de licencias y la práctica de la odontología.

**Servicios Dentales de Emergencia** – Tratamiento de una emergencia dental potencialmente mortal para detener sangrado continuo del tejido, aliviar el dolor intenso o la infección. Algunos ejemplos de urgencias dentales proporcionados por ADA incluyen:

- Sangrado incontrolable;
- Celulitis o infección de tejidos blandos con inflamación que puede comprometer las vías respiratorias del paciente;
- Traumatismos en los huesos faciales que pueden obstruir las vías respiratorias y dificultar la respiración;
- Dolor de dientes o mandíbula.

**Beneficios de Salud Esenciales (EHB, por sus siglas en inglés)** – son, para los propósitos de esta cobertura, los servicios dentales pediátricos que Alliant está obligado a cubrir bajo la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible y cualquier otra regulación aplicable. Los EHB y sus disposiciones se aplican a los Miembros hasta los 18 años de edad solamente.

**Proveedor**– es cualquier Médico, profesional de la salud, farmacia, proveedor o instalación, incluyendo, pero sin limitarse a, un Hospital, laboratorio clínico, Centro de Cirugía Ambulatoria, Clínicas de Salud Ubicadas Dentro de Locales Comerciales, Centro de Enfermería Especializada, Centros de Atención para Casos Agudos a Largo Plazo, o una Agencia de Atención Médica Domiciliaria que cuenta con todas las licencias requeridas por la ley para realizar servicios de atención médica.

**Plan** – se refiere al plan de seguro médico SoloCare de Alliant Health Plans que ha elegido para el Año Civil 2023.

## PROVEEDORES DENTALES Y PAGOS DE RECLAMOS

Usted tiene la libertad de elegir el Dentista que desee para su atención dental. Sin embargo, su elección de Dentista puede marcar la diferencia en los beneficios que recibe y en la cantidad que usted pague. Puede tener gastos adicionales de su bolsillo si su Dentista no acepta la cantidad de reembolso determinado por Alliant.

Los pagos son realizados por Alliant sólo cuando los Servicios Cubiertos han sido completados. Su Plan puede requerir información adicional de usted o de su Proveedor antes de que un reclamo pueda ser considerado completo y listo para ser procesado. Con el fin de procesar un reclamo adecuadamente, se le puede solicitar a su Proveedor que presente un reclamo corregido. Por ejemplo, si su Dentista presenta un reclamo por una limpieza dental para adultos cuando el servicio realizado fue una limpieza dental pediátrica, Alliant rechazará el reclamo y solicitará que el dentista presente un reclamo corregido. Se negarán los reclamos duplicados previamente procesados.

En esta sección se describe cómo Alliant determina la cantidad del reembolso de los Servicios Cubiertos. El reembolso de los servicios dentales realizados por un Dentista se basa en el

Cantidad Máxima Permitida por el tipo de servicio realizado.

La Cantidad Máxima Permitida es la cantidad máxima de reembolso que Alliant pagará por los Servicios Cubiertos, tal y como se definen en este Programa, por un Dentista o Miembro.

Usted tendrá que pagar una parte de la Cantidad Máxima Permitida en la medida en que no haya alcanzado su Deducible o tenga un Coseguro. Además, cuando reciba los Servicios Cubiertos de un Dentista, puede ser responsable de pagar cualquier diferencia entre la Cantidad Máxima Permitida y los cargos actuales del Dentista.

Usted tendrá que pagar una parte de la Cantidad Máxima Permitida en la medida en que no haya alcanzado su Deducible o tenga un Coseguro. Además, cuando reciba los Servicios Cubiertos de un Dentista, puede ser responsable de pagar cualquier diferencia entre la Cantidad Máxima Permitida y los cargos actuales del Dentista.

Cuando usted reciba Servicios Cubiertos de un Dentista, Alliant aplicará reglas de procesamiento al reclamo sometido por esos Servicios Cubiertos. Estas reglas evalúan la información del reclamo y, entre otras cosas, determinan la exactitud y adecuación del procedimiento dental. La aplicación de estas reglas puede afectar a la determinación de Alliant de la Cantidad Máxima Permitida. A continuación se presentan dos ejemplos de situaciones para ilustrar cuándo puede cambiar la Cantidad Máxima Permitida, de acuerdo con las reglas de procesamiento de reclamos.

Ejemplo 1: Su dentista puede haber sometido un reclamo usando varios códigos de procedimiento cuando hay un solo código de procedimiento que incluye todos o una combinación de los procedimientos que se realizaron. Cuando esto ocurre, el reclamo será negado con un código de comentario para designar la razón de la negación.

Ejemplo 2: Cuando se realizan varios procedimientos en el mismo día por el mismo proveedor dental u otros Proveedores dentales, podemos reducir la Cantidad Máxima Permitida para esos procedimientos adicionales porque el reembolso al 100% de la Cantidad Máxima Permitida para esos procedimientos representaría un pago duplicado por un procedimiento dental que puede ser considerado incidental o inclusivo.

## **ESTADO DE LA RED DE PROVEEDORES**

Su Plan le permite la libertad de seleccionar el Dentista de su elección. No hay limitaciones de la red ni requisitos para las referencias para los servicios dentales avanzados.

## **DENTISTAS**

Alliant no requiere que los Dentistas firmen un acuerdo contractual por escrito, pero solicitamos que el Dentista acepte la Cantidad Máxima Permitida. Para los Servicios Cubiertos que usted reciba de un Dentista, la Cantidad Máxima Permitida será el menor de los cargos actuales del Dentista o el Costo Máximo Permitido (MAC) determinado por Alliant de la siguiente manera: Una cantidad basada en nuestra lista de tarifas de los Dentistas Fuera de la Red, llamado Costo

Máximo Permitido (MAC), que hemos establecido a nuestra discreción, y que nos reservamos el derecho a modificar de vez en cuando tras considerar uno o más de los siguientes aspectos: cantidades de reembolso aceptados por Proveedores contratados similares, y otros datos de costo, datos de reembolso y utilización;

1. Una cantidad basada en la información proporcionada por un proveedor externo, que puede reflejar las tarifas y costos de los Proveedores comparables para brindar la atención;
2. Una cantidad negociada por nosotros o por un proveedor externo que ha sido acordado por el Proveedor.

El Costo Máximo Permitido (MAC) para los Servicios Dentales de Emergencia se calcula como se describe en el Título 33 del Código Oficial de Georgia Anotado (OCGA) 33-20E-4; con respecto a los Servicios Dentales de Emergencia, calcularemos el MAC como el mayor de:

1. La cantidad contratada verificable pagada por todas las aseguradoras elegibles para la provisión de los mismos o servicios similares según lo determinó el Departamento de Seguros de Georgia.
2. La cantidad verificable más reciente acordada por Alliant y el Dentista de Emergencias no participante para la prestación de los mismos servicios durante el tiempo en que dicho dentista estaba Dentro de la Red con Alliant.
3. La cantidad superior que Alliant considere adecuada dada la complejidad y las circunstancias de los servicios prestados.

La cantidad pagada no incluye ninguna cantidad de Coseguro, Copago o Deducible que usted pueda deber. Los dentistas de servicios dentales de emergencia pueden facturarle cualquier Coseguro, Copago o Deducible que usted pueda deber de acuerdo con los términos de su póliza. En caso de que usted reciba una factura sorpresa por servicios médicos que no sean servicios médicos de urgencia de un Dentista, y usted NO eligió activamente al Dentista antes de recibir los servicios, calcularemos el MAC como se ha descrito anteriormente. Alliant se reserva el derecho de solicitar documentación al Dentista para confirmar si usted recibió los servicios sin elección propia.

Los dentistas pueden enviarle una factura y cobrarle la cantidad de los cargos del dentista que excedan nuestra Cantidad Máxima Permitida. Usted es responsable de pagar la diferencia entre la Cantidad Máxima Permitida y la cantidad que cobra el Dentista. Esta cantidad puede ser significativa.

El Servicio al Cliente también está disponible para ayudarle a determinar la Cantidad Máxima Permitida para un servicio en particular de un Dentista. Para que podamos ayudarle, tendrá que obtener de su dentista el código o códigos de procedimiento específicos para los servicios le brindará el Dentista. También necesitará saber las tarifas del Dentista para calcular sus gastos de bolsillo que son su responsabilidad. Aunque el Servicio al Cliente puede ayudarle con esta información previa al servicio, la Cantidad Máxima Permitida para su reclamo se basará en el reclamo actual que sea sometido.



## **COSTOS COMPARTIDOS**

Para ciertos Servicios Cubiertos y dependiendo de su programa dental, es posible que tenga que pagar una parte de la Cantidad Máxima Permitida (por ejemplo, un Deducible y/o Coseguro). Por favor, consulte el Resumen de Beneficios y Cobertura de su plan para conocer sus responsabilidades y limitaciones en cuanto a los gastos compartidos o llame al Servicio al Cliente al (866) 403-2785.

## **PAGO DE BENEFICIOS**

Usted autoriza a Alliant a realizar pagos directamente a los Dentistas por los Servicios Cubiertos. También nos reservamos el derecho a realizar los pagos directamente a usted. Los pagos también pueden hacerse a, y notificar sobre el recibo y/o adjudicación de reclamos, a un beneficiario alternativo, o el padre con custodia de esa persona o representante designado. Cualquier pago que nosotros realicemos liberará nuestra obligación de pagar los Servicios Cubiertos. Usted no puede ceder su derecho a recibir el pago a ninguna otra persona, a excepción de que lo requiera una "Orden de Manutención Médica Calificada" según la definición de ERISA o cualquier ley estatal aplicable. Una vez que un Proveedor brinde un Servicio Cubierto, no honraremos una solicitud para que retengamos el pago de los reclamos presentados.

Los beneficios a pagar en virtud del contrato pueden pagarse directamente al Miembro, a menos que usted asigne el pago directamente al Proveedor indicándolo en el formulario de reclamo.

## **Explicación de Beneficios**

Después de recibir atención dental, a veces recibirá una Explicación de Beneficios (EOB). La EOB es un resumen de la cobertura que recibe. La EOB no es una factura, sino una declaración de Alliant para ayudarle a entender la cobertura que está recibiendo. La EOB muestra:

- cantidades totales cobradas por los servicios/suministros recibidos
- la cantidad de los cobros satisfechos por su cobertura
- la cantidad de la que es usted responsable (si es que la hay)
- información general sobre sus derechos de apelación y, en el caso de los planes ERISA, información sobre el derecho de interponer una acción después del proceso de apelación.

## **SERVICIOS CUBIERTOS**

Sólo los servicios en la lista de esta sección pueden estar cubiertos por su Plan. Todos los Servicios Cubiertos están sujetos a los términos, limitaciones y exclusiones del Certificado de su Plan. Consulte su Resumen de Beneficios y Cobertura para conocer las cantidades de gastos compartidos, como los Deducibles aplicables y/o cualquier Coseguro.

## **Sus Beneficios Dentales**

Alliant no determina si los servicios dentales en la lista de esta sección son médicamente necesarios para tratar su condición específica o restaurar su dentición. Existe un programa preestablecido de servicios de atención dental que están cubiertos bajo este Programa de Beneficios Dentales. Nosotros evaluamos los procedimientos que se nos envían en su reclamo

para determinar si son un Servicio Cubierto bajo este Programa de Beneficios Dentales.

**EXCEPCIÓN:** Los reclamos por atención de ortodoncia serán revisados para determinar si fue atención de ortodoncia dentalmente necesaria. Los registros médicos pueden ser solicitados y/o requeridos para que Alliant determine si el servicio es Necesario para los Dientes. Consulte las secciones de Atención de Ortodoncia para obtener más información.

Su dentista puede recomendar o recetar otros servicios de atención dental que no están cubiertos, que son de naturaleza cosmética o que exceden las frecuencias de beneficios de este Programa de Beneficios Dentales. Aunque estos servicios pueden ser necesarios para su condición dental, puede que no estén cubiertos por nosotros. Puede haber un servicio de atención dental alternativo disponible para usted que esté cubierto por su Plan. Estos servicios alternativos se llaman tratamientos opcionales. Si se dispone un subsidio para un tratamiento opcional, podrá aplicar este subsidio al servicio de atención dental que su dentista le receto inicialmente. Usted es responsable de cualquier cantidad que supere el subsidio, además de cualquier Coseguro o Deducible que pueda tener.

La decisión sobre qué tratamiento de atención dental es la mejor para usted es únicamente entre usted y su Dentista.

### **Estimaciones de Pretratamiento**

Un estimado previo al tratamiento es una herramienta valiosa para usted y su Dentista. Le proporciona a usted y al Dentista una idea de cuáles serán los gastos de su bolsillo por el tratamiento de atención dental. Esto le permitirá al Dentista y a usted hacer los arreglos financieros necesarios antes de que comience el tratamiento. Es una buena idea obtener un presupuesto previo al tratamiento para la atención dental que implica una restauración importante, periodoncia, endodoncia, cirugía oral, prótesis u ortodoncia.

El presupuesto previo del tratamiento se recomienda, pero no es obligatorio para que usted reciba los beneficios de los Servicios Cubiertos.

Un presupuesto previo al tratamiento no autoriza el tratamiento ni determina su necesidad médica y no garantiza los beneficios. El estimado se basará en su elegibilidad actual y en los beneficios de su Plan en vigencia en el momento en que se nos presente el presupuesto. Esto es sólo una estimación. El pago final de Alliant se basará en el reclamo que se presente en el momento en que se complete el o los servicios de atención dental. La presentación de otros reclamos, los cambios en su elegibilidad o los cambios en su Plan pueden afectar nuestro pago final.

Usted le puede pedir a su dentista que nos mande un presupuesto de pretratamiento de su parte, o usted mismo nos lo puede mandar. Por favor, incluya los códigos de procedimiento de los servicios que serán realizados (su Dentista puede darle los códigos de procedimiento). Las solicitudes de presupuesto previo al tratamiento pueden ser enviados a la dirección que aparece en su tarjeta de identificación dental.

## **BENEFICIOS ESENCIALES DE LA SALUD PEDIÁTRICA**

Los siguientes servicios están disponibles para los Miembros pediátricos hasta el final del mes en que cumplan 19 años. Una vez que usted haya cumplido con su Deducible, los servicios dentales estarán cubiertos con las cantidades de Coseguro indicadas hasta la Cantidad Máxima Permitida determinada por Alliant para cada Servicio Cubierto. Los servicios de atención preventiva están cubiertos y son reembolsables antes de cumplir con su Deducible. Los requisitos del Deducible se indican en su Resumen de Beneficios y Cobertura.

### **ATENCIÓN PREVENTIVA**

**Exámenes Orales** – Se cubren dos exámenes orales cada año civil. Si se hace dos exámenes completos con el mismo dentista, el segundo está cubierto como examen oral periódico.

- Evaluaciones orales periódicas y completas
- Evaluaciones orales limitadas y centradas en el problema

**Evaluaciones Periodontales** – Límite de 2 por año. Servicio cubierto para los miembros que tienen síntomas de enfermedad periodontal y para los pacientes que tienen factores de riesgo como fumar, diabetes u otros problemas. No se paga cuando se realiza una profilaxis o una evaluación oral completa.

**Radiografías** - Se cubren las siguientes radiografías:

- Radiografías Aleta de Mordida: Límite de 2 por año
- Radiografías de toda la Boca: Límite de 1 serie cada 3 años
- Radiografías Panorámicas: Límite de 1 serie cada 5 años

**Limpieza Dental (profilaxis)** ) – Límite de 2 por año. Incluye procedimientos de raspado y pulido para eliminar la placa, el sarro y las manchas. Cubierto como profilaxis infantil para los Miembros de 13 años o menores y cubierto como profilaxis para adultos para los Miembros de 14 años o mayores.

**Tratamiento de Fluoruro** – Flúor tópico limitado a 2 por año.

**Selladores o Restauraciones Preventivas de Resina** – Límite de 1 por diente cada 3 años. El servicio es para la aplicación de sellantes en la superficie oclusal de los molares permanentes que no tienen caries y restauración.

**Instalación de mantenedores de espacio iniciales para conservar el espacio cuando se pierde un diente primario** – Límite de 1 mantenedor de espacio inicial. No incluye los gastos de ajuste por separado.

**Recementación de los mantenedores de espacio** – Limitada a 1 recementación.

**Eliminación de los mantenedores de espacio fijos**

## **SERVICIOS BÁSICOS Y DE RESTAURACIÓN**

**Empastes (restauraciones)** – Con cobertura para dientes primarios o permanentes. Límite de una vez por superficie dental cada 2 años. Se cubren dos tipos:

- Las restauraciones con composite están cubiertas sólo para los dientes anteriores. Las restauraciones de dientes molares o bicúspides serán servicios alternativos y se pagarán hasta el máximo permitido para un Empaste de Amalgama. Los gastos restantes incurridos son responsabilidad del Miembro. Una superficie con múltiples restauraciones se cuenta como una sola restauración.
- Las restauraciones de amalgama son una mezcla de metales formadas para rellenar las caries que resultan de deterioro dental; también se conocen como “empastes de plata”. Una superficie con múltiples restauraciones se cuenta como una sola restauración.

**Tratamiento de Emergencia** – Servicio cubierto para la infección o el alivio temporal del dolor sólo si no se han realizado otros servicios fuera del examen y las radiografías en la misma fecha del servicio.

**Radiografías**– Se cubre la siguiente radiografía:

- Otras radiografías (radiografía periapical intraoral, oclusal y extraoral): Según sea necesario para diagnosticar tratamiento específico.

## **SERVICIOS IMPORTANTES Y COMPLEJOS**

**Coronas Prefabricadas de Acero Inoxidable** – Cubiertas en dientes primarios o permanentes que no pueden ser restaurados con restauraciones de Composite o Amalgama. Límite de 1 por diente cada 5 años.

**Corona de Resina Compuesta con Base de Resina, Anterior** – Cubierta en dientes primarios o permanentes que no pueden ser restaurados con restauraciones de Composite o Amalgama. Límite de 1 por diente cada 5 años.

**Colocación inicial de dientes permanentes:** Cubierto cuando el diente no se puede reparar al colocar directamente el material de empaste como resultado de caries o lesiones. Incluye sobrepuestos, coronas, carillas de porcelana, reconstrucción de muñones y postes y coronas y pilares soportados por implantes. Límite de 1 por diente cada 5 años.

**Sustitución de inserciones, sobrepuestos, coronas u otras restauraciones de dientes permanentes**– El tratamiento es cubierto si:

- Han pasado 5 años desde la colocación inicial y no es/puede ser servible.
- Una lesión accidental ha causado daños irreparables mientras la restauración estaba en la cavidad oral.

o

Extracción de dientes funcionales (a excepción de los terceros molares o de los dientes que no estén en plena oclusión con un diente opuesto o una prótesis que requiera sustitución).

**Reconstrucción de Muñones y Postes** – Incluye 1 poste por diente y 1 tornillito por superficie. Límite de una vez por cada 5 años cuando sea necesario retener una restauración fabricada indirectamente debido a una gran pérdida de estructura dental real por caries o fractura.

**Retención del Tornillito** – Límite de 1 vez cada 5 años. Cubierto como complemento de una restauración que no se combina con la reconstrucción del muñón.

**Terapia y Servicios de Endodoncia** – Cubiertos en dientes primarios o permanentes. Limita todos los tratamientos de endodoncia a una vez por diente/raíz de por vida.

- Terapia y Retratamiento de Endodoncia: incluye el tratamiento y los empastes. Los exámenes, los laboratorios, las radiografías, el intraoperatorio, los exámenes u otros cuidados de seguimiento se consideran fundamentales para la terapia.
- Procedimientos Quirúrgicos Perirradiculares: se refiere a la cirugía de la superficie de la raíz externa e incluye la amputación de la raíz, la reimplantación del diente, la apicectomía y/o el aislamiento quirúrgico.
- Pulpotomía parcial para la apexogénesis
- Pulpotomía vital
- Desbridamiento pulpar, terapia pulpar
- Apexificación/recalcificación

### **Servicios de Periodoncia**

- Raspado y alisado radicular: Límite de 1 por cuadrante cada 2 años cuando la bolsa del diente es de 4 milímetros o más.
- Mantenimiento: cualquier combinación de mantenimiento periodontal y profilaxis está cubierta 4 veces al año para los Miembros que hayan completado un tratamiento periodontal previo (eliminación de bacterias de las bolsas de las encías, raspado/pulido de dientes, evaluación periodontal, medida de las bolsas de las encías).
- Periodoncia Quirúrgica- Se considerará el procedimiento más inclusivo si se administra más de un procedimiento quirúrgico en el mismo día.
  - Los gastos separados de los cuidados pre y postoperatorios y gastos de evaluación dentro de un plazo de 3 meses no se consideran como parte de los beneficios dentales pediátricos.
  - Un tipo de procedimiento quirúrgico periodontal por zona de la boca (cuadrante) cada tres años
  - Una cirugía de hueso por diente individual (o varios dientes dentro del mismo cuadrante) cada 3 años
  - Un tipo de injerto de tejido por diente (no excede de dos dientes) al año
- Servicios Cubiertos
  - Cirugía ósea
  - Injerto de reemplazo óseo
  - Injerto tisular de pedículo blando
  - Injerto libre de tejido blando
  - Injerto de tejido conectivo subepitelial
  - Aloinjerto de tejido blando

- Injerto combinado de tejido conectivo y doble pedículo
- Cuña distal/proximal - Cubierta sólo en dientes naturales

### **Servicios de Prostodoncia**

- Colocación inicial de puentes, prótesis completas y prótesis parciales: Límite de 1 cada 5 años.
  - Incluye pónicos, inserciones, sobrepuestos y coronas: Límite de 1 por diente cada 5 años

### **Reemplazos/Reparaciones y Ajustes**

- Los ajustes de la dentadura postiza se cubren una vez que han pasado 6 meses desde la instalación inicial, o el ajuste realizado por un proveedor dental que no es el que proporcionó la dentadura.
- Reemplazo de puentes, prótesis completas y parciales. Tratamiento cubierto si:
  - Han pasado 5 años desde la colocación inicial y no es/puede ser puesto en servicio;
  - Una lesión accidental ha causado daños irreparables mientras la restauración estaba en la cavidad oral; o
  - Extracción de dientes funcionales (a excepción de los terceros molares o de los dientes que no estén en plena oclusión con un diente opuesto o una prótesis que requiera sustitución).

**Recementación del Puente** - Límite de una vez cada 5 años.

**Acondicionamiento de Tejidos** - Se cubre una vez cada 2 años.

**Rehacer el Revestimiento o la Base** - Cubiertos después de 6 meses de la instalación del aparato permanente. Límite de 1 vez cada 3 años.

### **SERVICIOS DE CIRUGÍA ORAL**

**Extracción Simple** - Los Servicios Cubiertos incluyen:

- Extracción de restos coronales de un diente primario
- Extracción de diente erupcionado o raíz expuesta para dientes permanentes y primarios

**Extracción Quirúrgica** - Cualquier combinación de los siguientes servicios está cubierta una vez cada 6 años. Los Servicios Cubiertos incluyen:

- Extirpación Quirúrgica de un diente Erupcionado que requiere la extracción de hueso
- Extirpación de las raíces de los dientes residuales
- Coronectomía
- Reimplante dental
- Trasplante de dientes
- Exposición del diente no erupcionado
- Alveoloplastia
- Vestibuloplastia
- Extirpación de la Exostosis Lateral

- Reducción de la Tuberosidad Ósea
- Incisión y drenaje del absceso
- Sutura de pequeñas heridas recientes
- Reemplazo de huesos
- Reemplazo quirúrgico de la Tuberosidad Fibrosa
- Escisión de la encía pericoronar

**Anestesia General, Sedación Consciente Intravenosa y Sedación Intravenosa** – Se cubren cuando se administran con un servicio quirúrgico cubierto.

### **SERVICIOS DE CUIDADO DE ORTODONCIA**

La Ortodoncia es la prevención y corrección de la maloclusión de los dientes y de las desarmonías dentales y faciales asociadas. Hable con su ortodoncista para obtener un presupuesto previo al tratamiento de su plan de ortodoncia, para que tenga una idea por adelantado del tratamiento y el costo. Usted o su ortodoncista deben enviar su presupuesto de pretratamiento a Alliant para que podamos ayudarle a entender cuánto cubren sus beneficios.

**Ortodoncia Dentalmente Necesaria** – Estos servicios están disponibles cuando son necesarios desde el punto de vista dental o Dentalmente Necesario. Sólo aquellos servicios médicamente necesarios que se demuestren por una maloclusión severa y discapacitante están cubiertos y califican para los cuidados de ortodoncia. Los procedimientos de ortodoncia son un beneficio sólo cuando cumple con una o más de las condiciones que califican y los reclamos son enviados con los códigos CDT e ICD-10 apropiados, listados a continuación. Todos los servicios deben ser realizados por un ortodoncista con licencia. Es posible que se soliciten y/o requieran registros médicos para que Alliant determine si el servicio es Dentalmente Necesaria.

Condiciones que califican:

- Paladar Hendido
- Sobremordida Profunda
- Impactaciones Anteriores
- Desviaciones Traumáticas Severas
- Resalte Superior a 9mm
- Apiñamiento Maxilar Anterior Severo, superior a 8 mm

**Cuidados Cosméticos de Ortodoncia** – Estos servicios no están cubiertos.

### **El Tratamiento de Ortodoncia puede incluir:**

- Tratamiento Limitado - Un tratamiento que suele darse para un movimiento dental menor y que no es un caso de tratamiento completo.
- Tratamiento Interceptivo (también conocido como tratamiento de fase I) -Se trata de un tratamiento limitado que se utiliza para prevenir o reducir la necesidad de un tratamiento más complejo en el futuro.
- Tratamiento Integral o Completo - Un tipo de tratamiento completo que incluye todas las radiografías, el molde y los modos de diagnóstico, los aparatos de ortodoncia y las visitas al consultorio.

- Terapia con Aparatos Removibles - Tratamiento que utiliza un aparato que es removible y no está cementado o adherido a los dientes.
- Terapia con Aparatos Fijos - Tratamiento que utiliza un aparato que se cementa o esta adherido a los dientes.
- Procedimientos Quirúrgicos Complejos - Procedimientos quirúrgicos realizados por razones de ortodoncia, como la exposición de dientes impactados o no erupcionados o el reposicionamiento de los dientes.

**Lo que NO incluyen los Cuidados de Ortodoncia** – Lo siguiente no está cubierto como parte de su tratamiento de ortodoncia:

- Visitas mensuales de tratamiento que se incluyen en el costo del tratamiento;
- Reparación o reemplazo de aparatos perdidos, rotos o robados;
- Retenedor /Retención de Ortodoncia como servicio independiente;
- Tratamiento y/o servicios para cualquier tratamiento debido a una recaída;
- Gastos de hospitalización o ambulatorios (consulte su cobertura médica para determinar si se trata de un servicio médico cubierto);
- Férulas provisionales, procedimientos temporales o estabilización provisional de los dientes.

**Cómo Pagamos los Cuidados de Ortodoncia** - Debido a que el tratamiento de ortodoncia normalmente se lleva a cabo durante un largo período de tiempo, los pagos se realizan en el transcurso de su tratamiento. Para que Alliant continúe pagando su cuidado de ortodoncia, debe tener una cobertura continua bajo la póliza de su Plan.

El primer pago de la ortodoncia se realiza cuando se inicia el tratamiento. El tratamiento comienza cuando se instalan los aparatos. Su ortodoncista debe enviar los formularios necesarios para informarnos de la instalación del aparato. A continuación, los pagos se realizan en intervalos de seis meses hasta que el tratamiento haya finalizado o la cobertura de su póliza del Plan haya terminado.

Si su tratamiento de ortodoncia ya está en curso (el aparato ha sido instalado) cuando comience la cobertura de esta póliza, el beneficio del tratamiento de ortodoncia bajo esta cobertura será sobre una base prorrateada. Sólo cubriremos la parte del tratamiento de ortodoncia que se le aplique mientras esté cubierto por la póliza de su Plan. No pagaremos ninguna parte del tratamiento que se le haya administrado antes de la fecha de entrada en vigor de la póliza de su Plan.

**Accidente Dental** – Límite de una vez por episodio (ver definiciones).



## BENEFICIOS DENTALES PARA ADULTOS

Los siguientes servicios están disponibles para los Miembros adultos mayores de 19 años. Una vez que haya completado su Deducible, los servicios dentales estarán cubiertos con las cantidades de Coseguro indicadas hasta la Cantidad Máxima Permitida según lo determine el emisor para cada Servicio Cubierto. Los servicios de atención preventiva están cubiertos y son reembolsables antes de cumplir con su Deducible. Los requisitos del Deducible se indican en su Resumen de Beneficios y Cobertura.

### CUIDADOS PREVENTIVOS

**Exámenes Orales** – Se cubren dos exámenes orales cada año civil. Si se hace dos exámenes completos con el mismo dentista, el segundo está cubierto como examen oral periódico.

- Evaluaciones orales periódicas y completas
- Evaluaciones orales limitadas y centradas en el problema

**Evaluaciones Periodontales** – Límite de 2 por año. Servicio cubierto para los miembros que tienen síntomas de enfermedad periodontal y para los pacientes que tienen factores de riesgo como fumar, diabetes u otros problemas. No se paga cuando se realiza una profilaxis o una evaluación oral completa.

**Radiografías**- Se cubren las siguientes radiografías:

- Radiografías Aleta de Mordida: Límite de 2 por año
- Radiografías de toda la Boca: Límite de 1 serie cada 3 años
- Radiografías Panorámicas: Límite de 1 serie cada 5 años

**Limpieza Dental (profilaxis)** – Límite de 2 por año. Incluye procedimientos de raspado y pulido para eliminar la placa, el sarro y las manchas.

### SERVICIOS BÁSICOS Y DE RESTAURACIÓN

**Empastes (restauraciones)** – Con cobertura para dientes primarios o permanentes. Límite de una vez por superficie dental cada 2 años. Se cubren dos tipos:

- Las restauraciones de composite están cubiertas sólo para los dientes anteriores. Las restauraciones de dientes molares o bicúspides serán servicios alternativos y se pagarán hasta el máximo permitido para un Empaste de Amalgama. Los gastos restantes incurridos son responsabilidad del Miembro. Una superficie con múltiples restauraciones se cuenta como una sola restauración.
- Las restauraciones de amalgama son una mezcla de metales formadas para rellenar las caries que resultan de deterioro dental; también se conocen como “empastes de plata”. Una superficie con múltiples restauraciones se cuenta como una restauración.

**Biopsia con Cepillo** – Límite de una vez cada 3 años por miembro de 20 a 39 años; límite de una vez al año a partir de los 40 años.

**Tratamiento de Emergencia** – Servicio cubierto para la infección o el alivio temporal del dolor

sólo si no se han realizado otros servicios fuera del examen y las radiografías en la misma fecha del servicio.

**Radiografías-** Se cubre la siguiente radiografía:

Otras radiografías (radiografía periapical intraoral, oclusal y extraoral): Según sea necesario para diagnosticar tratamiento específico.

### **SERVICIOS IMPORTANTES Y COMPLEJOS**

**Coronas Prefabricadas de Acero Inoxidable** – Cubiertas en dientes primarios o permanentes que no pueden ser restaurados con restauraciones de Composite o Amalgama. Límite de 1 por diente cada 7 años.

**Corona de Resina Compuesta con Base de Resina, Anterior** – Cubierta en dientes primarios o permanentes que no pueden ser restaurados con restauraciones de Composite o Amalgama. Límite de 1 por diente cada 7 años.

**Colocación inicial de dientes permanentes:** Cubierto cuando el diente no se puede reparar al colocar directamente el material de empaste como resultado de caries o lesiones.

Incluye sobrepuestos, coronas, carillas, reconstrucción de muñones y postes y coronas y pilares soportados por implantes. Límite de 1 por diente cada 7 años.

**Sustitución de inserciones, sobrepuestos, coronas u otras restauraciones de dientes permanentes** – El tratamiento es cubierto si:

- Han pasado 5 años desde la colocación inicial y no es/puede ser puesto en servicio.
- Una lesión accidental ha causado daños irreparables mientras la restauración estaba en la cavidad oral.  
○
- Extracción de dientes funcionales (a excepción de los terceros molares o de los dientes que no estén en plena oclusión con un diente opuesto o una prótesis que requiera sustitución).

**Reconstrucción de Muñones y Postes** – Incluye 1 poste por diente y 1 tornillito por superficie. Límite de una vez por cada 5 años cuando sea necesario retener una restauración fabricada indirectamente debido a una gran pérdida de estructura dental real por caries o fractura.

**Retención del Tornillito** – Límite de 1 vez cada 5 años. Cubierto como complemento de una restauración que no se combina con la reconstrucción del muñón.

**Terapia y Servicios de Endodoncia** - Cubiertos en dientes primarios o permanentes. Limita todos los tratamientos de endodoncia a una vez por diente/raíz de por vida.

- Terapia y Retratamiento de Endodoncia: incluye el tratamiento y los empastes. Los exámenes, los laboratorios, las radiografías, el intraoperatorio, los exámenes u otros cuidados de seguimiento se consideran fundamentales para la terapia.
- Procedimientos Quirúrgicos Perirradiculares: se refiere a la cirugía de la superficie de la

raíz externa e incluye la amputación de la raíz, la reimplantación del diente, la apicectomía y/o el aislamiento quirúrgico.

- Pulpotomía parcial para la apexogénesis
- Pulpotomía vital
- Desbridamiento pulpar, terapia pulpar
- Apexificación/recalcificación

### **Servicios de Periodoncia**

- Raspado y alisado radicular: Límite de 1 por cuadrante cada 3 años cuando la bolsa del diente es de 4 milímetros o más.
- Desbridamiento de toda la boca: límite de 1 vez en la vida.
- Mantenimiento: cualquier combinación de mantenimiento periodontal y profilaxis está cubierta 2 veces al año para los Miembros que hayan completado un tratamiento periodontal previo (eliminación de bacterias de las bolsas de las encías, raspado/pulido de dientes, evaluación periodontal, medida de las bolsas de las encías).
- Periodoncia Quirúrgica - Se considerará el procedimiento más inclusivo si se administra más de un procedimiento quirúrgico en el mismo día.
  - Un tipo de procedimiento quirúrgico periodontal por zona de la boca (cuadrante) cada tres años
  - Un procedimiento de gingivectomía (cirugía de las encías) por cada diente (o varios dientes dentro del mismo cuadrante) cada 3 años
  - Un procedimiento de colgajo gingival (cirugía de las encías) por diente individual (o varios dientes dentro del mismo cuadrante) cada 3 años
  - Una cirugía de hueso por diente individual (o varios dientes dentro del mismo cuadrante) cada 3 años
  - Un tipo de injerto de tejido por diente (no excede de dos dientes) al año
- Servicios Cubiertos
  - Gingivectomía/gingivoplastia
  - Colgajo gingival
  - Colgajo en posición apical
  - Cirugía ósea
  - Injerto de reemplazo óseo
  - Injerto tisular de pedículo blando
  - Injerto libre de tejido blando
  - Injerto de tejido conectivo subepitelial
  - Aloinjerto de tejido blando
  - Injerto combinado de tejido conectivo y doble pedículo
  - Cuña distal/proximal - Cubierta sólo en dientes naturales

### **Servicios de Prostodoncia**

- Colocación inicial de Puentes, Dentaduras Completas y Dentaduras Parciales: Límite de 1 cada 7 años para la sustitución de dientes permanentes extraídos.

## **Reemplazos/Reparaciones y Ajustes**

- Reemplazo de puentes, Dentaduras Completas y Dentaduras Parciales. Tratamiento cubierto si:
  - Si hay una dentadura completa o parcial, deben pasar 7 años, y no puede ser reparada o ajustada para poder ser elegible para ser reemplazada.
  - Una lesión accidental ha causado daños irreparables mientras la restauración estaba en la cavidad oral; o
  - Extracción de dientes funcionales (a excepción de los terceros molares o de los dientes que no estén en plena oclusión con un diente opuesto o una prótesis que requiera reemplazo).
  - Para que el puente esté cubierto, debe darse lo siguiente:
    - Se dispone de un diente natural y sano para servir de retenedor anterior y posterior.
    - Todos los dientes están presentes dentro del mismo arco que ha sido reemplazado por una prótesis parcial removible.
    - Los dientes individuales del puente no han sido tratados con una corona o restauración de yeso cubierta por su Plan en los últimos 7 años. Ajustes de la dentadura están cubiertos una vez que hayan pasado 6 meses desde la instalación inicial, o ajuste realizado por un Proveedor dental, que no sea el que proporcionó la dentadura. Límite de dos veces al año.
- Reparación/Reemplazo de dientes artificiales quebrados /gancho(s) quebrados(s) están cubiertos dos veces cada 2 años si el aparato es el permanente. Deben haber pasado seis (6) meses desde la colocación inicial y la narración del Dentista responsable apoya el procedimiento.
- Los ajustes de dentaduras parciales y puentes se cubren dos veces cada 2 años si el aparato es el permanente aparato permanente. Deben haber pasado seis (6) meses desde la colocación inicial y la narración del Dentista responsable apoya el procedimiento.

**Cuerpo de Implante de un Solo Diente, Pilar y Corona** - Se cubre una vez cada 5 años.

Incluye la colocación quirúrgica del cuerpo del implante, el pilar y la corona soportada. Su Plan recomienda una estimación previa a este servicio.

**Recementación del Puente** - Límite de una vez cada 5 años.

**Acondicionamiento de Tejidos** - Se cubre una vez cada 2 años.

**Recubrimientos o Reencuadres** - Cubiertos después de 6 meses de la instalación del aparato permanente. Límite de 1 vez cada 3 años.

## **SERVICIOS DE CIRUGÍA ORAL**

**Extracción Simple** - Los servicios cubiertos incluyen:

- Extracción de restos coronales de un diente de leche
- Extracción de diente erupcionado o raíz expuesta para dientes permanentes y primarios

**Extracción Quirúrgica** - Cualquier combinación de los siguientes servicios está cubierta una vez cada 6 años. Los servicios cubiertos incluyen:

- Extirpación Quirúrgica de un diente Erupcionado que requiere la extracción de hueso
- Extirpación de las raíces de los dientes residuales
- Coronectomía
- Reimplante de diente
- Trasplante de Diente
- Exposición del diente no erupcionado
- Alveoloplastia
- Vestibuloplastia
- Extirpación de la Exostosis Lateral
- Reducción de la Tuberosidad Ósea
- Incisión y drenaje del absceso
- Sutura de pequeñas heridas recientes
- Reemplazo de huesos
- Reemplazo quirúrgico de la Tuberosidad Fibrosa - Se cubre una vez cada 6 meses.
- Escisión de la encía pericoronar

**Anestesia General, Sedación Consciente Intravenosa y Sedación Intravenosa** - Se cubren cuando se administran con un servicio quirúrgico cubierto.

### **SERVICIOS DE CUIDADO DE ORTODONCIA**

La Ortodoncia es la prevención y corrección de la maloclusión de los dientes y de las desarmonías dentales y faciales asociadas. Hable con su ortodoncista para obtener un presupuesto previo al tratamiento de su plan de ortodoncia, para que tenga una idea por adelantado del tratamiento y el costo. Usted o su ortodoncista deben enviar su presupuesto de pretratamiento a Alliant para que podamos ayudarle a entender cuánto cubren sus beneficios.

**Ortodoncia Dentalmente Necesaria** - Estos servicios están disponibles cuando son necesarios desde el punto de vista dental o Dentalmente Necesario. Sólo aquellos servicios médicamente necesarios que se demuestren por una maloclusión severa y discapacitante están cubiertos y califican para los cuidados de ortodoncia. Los procedimientos de ortodoncia son un beneficio sólo cuando cumple con una o más de las condiciones que califican y los reclamos son enviados con los códigos CDT e ICD-10 apropiados, listados a continuación. Todos los servicios deben ser realizados por un ortodoncista con licencia. Es posible que se soliciten y/o requieran registros médicos para que Alliant determine si el servicio es Dentalmente Necesario.

Condiciones que califican:

- Paladar Hendido
- Sobremordida
- Impactaciones Anteriores
- Desviaciones Traumáticas Severas
- Resalte superior a 9mm
- Apiñamiento Maxilar Anterior Severo, superior a 8mm

**Cuidados Cosméticos de Ortodoncia** – Estos servicios no están cubiertos.

**El Tratamiento de Ortodoncia puede incluir:**

- Tratamiento Limitado - Un tratamiento que suele darse para un movimiento dental menor y que no es un caso de tratamiento completo.
- Tratamiento Interceptivo (también conocido como tratamiento de fase I) -Se trata de un tratamiento limitado que se utiliza para prevenir o reducir la necesidad de un tratamiento más complejo en el futuro.
- Tratamiento Integral o Completo - Un tipo de tratamiento completo que incluye todas las radiografías, el molde y los modos de diagnóstico, los aparatos de ortodoncia y las visitas al consultorio.
- Terapia con Aparatos Removibles - tratamiento que utiliza un aparato que es removible y no está cementado o adherido a los dientes.
- Terapia con Aparatos Fijos - Tratamiento que utiliza un aparato que se cementa o adhiere a los dientes.
- Procedimientos Quirúrgicos Complejos - Procedimientos quirúrgicos realizados por razones de ortodoncia, como la exposición de dientes impactados o no erupcionados o el reposicionamiento de los dientes.

**Lo que NO incluyen los Cuidados de Ortodoncia** – Lo siguiente no está cubierto como parte de su tratamiento de ortodoncia:

- Visitas mensuales de tratamiento que se incluyen en el costo del tratamiento;
- Reparación o reemplazo de aparatos perdidos, rotos o robados;
- Retenedor /Retención de Ortodoncia como servicio independiente;
- Retratamiento y/o servicios para cualquier tratamiento debido a una recaída;
- Gastos de hospitalización o ambulatorios (consulte su cobertura médica para determinar si se trata de un servicio médico cubierto);
- Férula provisional, procedimientos temporales o estabilización provisional de los dientes.

**Cómo Pagamos los Cuidados de Ortodoncia** – Debido a que el tratamiento de ortodoncia normalmente se lleva a cabo durante un largo período de tiempo, los pagos se realizan en el transcurso de su tratamiento. Para que Alliant continúe pagando su cuidado de ortodoncia, debe tener una cobertura continua bajo la póliza de su Plan.

El primer pago de la ortodoncia se realiza cuando se inicia el tratamiento. El tratamiento comienza cuando se instalan los aparatos. Su ortodoncista debe enviar los formularios necesarios para informarnos de la instalación del aparato. A continuación, los pagos se realizan en intervalos de seis meses hasta que el tratamiento haya finalizado o la cobertura de su póliza del Plan haya terminado.

Si su tratamiento de ortodoncia ya está en curso (se ha instalado el aparato) cuando comience la cobertura de esta póliza, el beneficio del tratamiento de ortodoncia bajo esta cobertura será sobre una base prorrateada. Sólo cubriremos la parte del tratamiento de ortodoncia que se le aplique mientras esté cubierto por la póliza de su Plan. No pagaremos ninguna parte del

tratamiento que se le haya administrado antes de la fecha de entrada en vigor de la póliza de su Plan.

**Accidente Dental**– Límite de una vez por episodio (ver definiciones).

## **SEGURO DENTAL: EXCLUSIONES**

Alliant no pagará los beneficios del Seguro Dental por los cargos incurridos por:

1. Los servicios que no son Dentalmente Necesarios, los que no cumplen con las normas generalmente aceptadas de atención para el tratamiento de la condición dental en particular, o que Alliant considere de naturaleza experimental;
2. Servicios por los que Usted no tendría que pagar en ausencia del Seguro Dental;
3. Los servicios o suministros recibidos por Usted o por Su Dependiente antes de que comience el Seguro Dental para esa persona;
4. Servicios que son principalmente cosméticos, a menos que sean necesarios para el tratamiento o la corrección de un defecto congénito de un recién nacido;
5. Servicios que no son realizados ni prescritos por un Dentista, excepto aquellos servicios de un higienista dental autorizado que son supervisados y facturados por un Dentista y que son para:
  - raspado y pulido de los dientes;
  - tratamientos con flúor.
6. Servicios o aparatos que restauran o alteran la oclusión de la dimensión vertical.
7. Restauración de la estructura dental dañada por desgaste, abrasión o erosión, a menos que sea causada por una enfermedad.
8. Restauraciones o aparatos utilizados para la ferulización periodontal.
9. Asesoramiento o instrucción sobre higiene oral, control de placa, nutrición y tabaco.
10. Suministros o dispositivos personales, incluidos, entre otros, irrigador dental, cepillos de dientes o hilo dental.
11. Decoración, personalización o inscripción de cualquier diente, dispositivo, aparato, corona u otro trabajo dental.
12. Citas perdidas o canceladas.
13. Servicios:
  - cubiertos por cualquier ley de indemnización laboral o de enfermedades laborales;
  - cubiertos por cualquier ley de responsabilidad del empleador;
  - por los que el empleador de la persona que recibe dichos servicios no está obligado a pagar;
  - recibido en una instalación mantenida por el Empleador, el sindicato laboral, una asociación de beneficios mutuos o un hospital de veteranos;
  - Realizado a través de la Teleodontología.
14. Restauraciones temporales o provisionales.
15. Aparatos temporales o provisionales.
16. Lo siguiente cuando cobra el Dentista por separado:
  - finalización del formulario de reclamo;
  - control de infecciones, como guantes, máscaras y esterilización de los suministros;

- anestesia local, sedación consciente no intravenosa o analgesia como el óxido nitroso.
  - servicios dentales que surjan de una lesión accidente dental en los dientes y apoyo estructuras, a excepción de las lesiones en los dientes debidas a masticar o morder la comida.
17. Pruebas de susceptibilidad a la caries.
  18. Instalación inicial de una Dentadura postiza fija y permanente para reemplazar los dientes que faltaban antes de que dicha persona estuviera asegurada por el Plan, excepto en el caso de los dientes naturales que faltan de forma congénita.
  19. Otros servicios protésicos de Dentadura postiza fija no descritos en otra parte de este Programa de Beneficios Dentales.
  20. Los aditamentos de precisión, excepto cuando el aditamento de precisión esté relacionado con prótesis de implantes.
  21. La instalación inicial o el reemplazo de una Dentadura completa o removible para reemplazar los dientes que faltaban antes de que dicha persona estuviera asegurada por el Seguro Dental, excepto en el caso de los dientes naturales que faltan de forma congénita.
  22. La adición de dientes a una Dentadura parcial removible para reemplazar los dientes que faltaban antes de que dicha persona estuviera asegurada por el Seguro Dental, excepto en el caso de los dientes naturales que faltan de forma congénita.
  23. La adición de dientes a una Dentadura fija y permanente para reemplazar los dientes que faltaban antes de que dicha persona estuviera asegurada por el Seguro Dental, excepto en el caso de los dientes naturales que faltan de forma congénita.
  24. Ajuste de una Dentadura hecha dentro de los 6 meses después de la instalación realizada por el mismo Dentista que la instaló.
  25. Implantes para reemplazar los dientes que faltaban antes de que dicha persona estuviera asegurada por el Seguro Dental, excepto en el caso de los dientes naturales que faltan de forma congénita.
  26. Prótesis soportadas por implantes para reemplazar los dientes que faltaban antes de que dicha persona estuviera asegurada por el Seguro Dental, excepto en el caso de los dientes naturales que faltan de forma congénita.
  27. Aparatos fijos y removibles para la corrección de hábitos dañinos.
  28. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la articulación temporomandibular (ATM) y la imagen de haz cónico.
  29. Reparación o sustitución de un aparato de ortodoncia.
  30. Dispositivos prostético duplicado o aparatos.
  31. Reemplazo de un aparato, una Restauración de Yeso o una Dentadura postiza perdidos o robados.
  32. Imágenes fotográficas intra y extraorales.

### **Contrato completo**

El Certificado de Cobertura de su Plan, la aplicación, cualquier cláusula adicional, endosos o anexos, este Programa de Beneficios Dentales, y las aplicaciones individuales del suscriptor y sus dependientes, si las hay, constituyen el contrato completo entre su Plan y el Miembro y, a partir de la fecha de entrada en vigor, sustituyen todos los demás acuerdos entre las partes. Todas y



cada una de las declaraciones hechas a su Plan por el Miembro y todas las declaraciones hechas al Miembro por su Plan son representaciones y no garantías, y ninguna dicha declaración, a menos que esté contenida en una aplicación escrita para la cobertura bajo el certificado de su Plan se utilizará en defensa de una reclamación en virtud del certificado de su Plan.

### **Relación de las Partes (Plan – Dentistas)**

La relación entre su Plan y los Dentistas es una relación de contrato independiente. Los dentistas no son agentes o empleados de su Plan, ni su Plan, ni ningún empleado de su Plan, es un empleado o agente de los Dentistas.

Su Plan no será responsable de ningún reclamo o demanda a cuenta de daños que surjan de, o en cualquier manera relacionada con cualquier lesión sufrida por un Miembro mientras recibe atención de cualquier Dentista o en cualquier instalación de Dentistas.

### **No es Responsable de los Actos u Omisiones del Proveedor**

Su Plan no es responsable de la atención real que usted reciba de ninguna persona. El Certificado de Cobertura de su Plan no otorga a nadie ningún reclamo, derecho o causa de acción contra su Plan basada en lo que haga o deje de hacer un Proveedor de atención, servicios o suministros dentales.

### **Circunstancias Que están Fuera del Control de su Plan**

En el caso de circunstancias que no estén bajo el control de su Plan, incluyendo, pero sin limitarse a, una catástrofe mayor, una epidemia, la destrucción total o parcial de las instalaciones, disturbios, insurrección civil, conflictos laborales que no estén bajo el control de su Plan, la incapacidad de una parte significativa del personal de los Dentistas o causas similares, o la prestación de servicios de atención dental proporcionados bajo el Certificado de Cobertura de su Plan se retrasa o se vuelve impracticable, su Plan hará un esfuerzo de buena fe para organizar un método alternativo de proporcionar cobertura. En tal caso, su Plan y los Dentistas brindarán los servicios de atención dental previstos en el Certificado de Cobertura de su Plan en la medida en que sea práctico y según su mejor criterio; pero su Plan y los Dentistas no incurrirán en ninguna responsabilidad u obligación por la demora, o por la falta de brindar u organización de los servicios, si tal falta o demora es causada por dicho evento.

### **Coordinación de Beneficios**

Consulte su Certificado de Cobertura SoloCare

## AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

### Aviso de No Discriminación (Notice of Non-Discrimination)

Alliant Health Plans cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Alliant Health Plans no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Alliant Health Plans:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes capacitados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con nuestro **Servicios al Cliente al (866) 403-2785**.

Si considera que Alliant Health Plans no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: Gerente de Cumplimiento, PO Box 1128, Dalton, GA 30722, Tel: (706) 237-8802 or (888) 533-6507 ext 125, Fax: (706) 229-6289, Correo electrónico: [Compliance@AlliantPlans.com](mailto:Compliance@AlliantPlans.com). Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, el Gerente de Cumplimiento está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD), puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

### Language Assistance

#### English

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-403-2785 (TTY: 711).

#### Español (Spanish)

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-403-2785 (TTY: 711).

#### Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-866-403-2785 (TTY: 711).

#### 한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-866-403-2785 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

#### 繁體中文 (Chinese)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-403-2785 (TTY: 711)。

**ગુજરાતી (Gujarati)**

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિઃશુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-866-403-2785 (TTY: 711).

**Français (French)**

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-866-403-2785 (ATS : 711).

**አማርኛ (Amharic)**

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚስተለው ቁጥር ይደውሉ 1-866-403-2785 (ምስማት ለተሳናቸው: 711)።

**हिंदी (Hindi)**

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-866-403-2785 (TTY: 711) पर कॉल करें।

**Kreyòl Ayisyen (French Creole)**

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-866-403-2785 (TTY: 711).

**Русский (Russian)**

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-403-2785 (телетайп: 711).

**العربية (Arabic)**

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-866-403-2785 (رقم هاتف الصم والبكم: 711 TTY).

**Português (Portuguese)**

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-866-403-2785 (TTY: 711).

**فارسی (Farsi)**

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-866-403-2785 (TTY: 711) تماس بگیرید.

**Deutsch (German)**

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-866-403-2785 (TTY: 711).

**日本語 (Japanese)**

注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-866-403-2785 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。