Plan Dental Prepagado *(Prepaid Dental)*

Buenas noticias acerca de los beneficios dentales para los empleados de

City of Frisco

Un Plan Dental Brinda Sonrisas Saludables

Como empleado valioso nos complace ofrecerle la oportunidad de registrarse para un plan de beneficios dentales suministrado por United Dental Care of Texas, Inc. y administrado por Union Security Insurance Company. Este plan dental prepagado ofrece beneficios a través de una red de Dentistas Integrados al Plan. Cuando usted se registre para los beneficios y reciba tratamiento dental, la cantidad que se le cobrará se basará en una tarifa reducida, conocida como el "copago", siempre y cuando el Dentista elegido por usted esté integrado al Plan. Para su información, una lista parcial de los tratamientos dentales aplicados con frecuencia ha sido incorporada.

Ventajas del Plan

- Ningún deducible
- No conlleva ningún período de espera
- Ningún copago para la mayoría de los servicios preventivos
- Cobertura para condiciones preexistentes
- Incluye copagos por ortodoncia
- Los miembros no tendrán que remitir ningún formulario de reclamación (salvo por los Servicios de Especialistas Dentales Fuera del Plan y los Servicios de Emergencia suministrados por un Dentista Fuera del Plan)
- No se requerirá que sea referido a los Servicios de Especialistas Dentales
- Ninguna limitación anual sobre los servicios dispensados por los Dentistas y Especialistas Dentales del Plan

Información importante referente al registro

Para registrarse siga los siguientes tres pasos sencillos:

1. Elija un dentista general del Directorio de Dentistas para usted y para cada miembro de su familia que califique para el plan. Cada Miembro de la familia podrá elegir el dentista de su preferencia, siempre y cuando dicho dentista esté integrado al plan. Usted tendrá que elegir un Dentista del Plan para recibir servicios dentales. Salvo por algunos servicios de Especialistas Dentales, todo servicio tendrá que ser proporcionado por el Dentista del Plan elegido. Usted podrá cambiar su Dentista del Plan durante el Año de Vigencia del Plan de conformidad con lo estipulado en el convenio colectivo. No obstante, todos los servicios tendrán que ser proporcionados por un Proveedor del Plan.
2. Llene el formulario de registro incluido en este documento. Asegúrese de anotar el Número del Consultorio Dental *(Dental Facility Number)* de cada Dentista del Plan elegido.
3. Después de llenarlo, devuelva el formulario de registro al Departamento de Personal o al Administrador de Beneficios de la empresa contratante (su empleador) para autorizar las deducciones correspondientes a su cobertura contra su cheque de pago.

Búsqueda de Proveedores

Usted podrá ubicar a uno de los proveedores dentales de la red *Prepaid Dental Series Provider Network* en el sitio Web www.assurantemployeebenefits.com, haciendo clic sobre el *link* "Provider Search" y luego sobre "Prepaid Dental Series 189". La disponibilidad de los Dentistas y Especialistas Dentales del Plan variará dependiendo del área geográfica.

Si tiene alguna pregunta, llame al Centro de Servicio al Cliente marcando el 800.443.2995.

Los beneficios son suministrados por United Dental Care of Texas, Inc. y administrados por Union Security Insurance Company.
United Dental Care of Texas, Inc. es una Organización de Asistencia Médica (*HMO*, por sus siglas en inglés) para atención dental.

NOTICE

This is a translation of a document originally drawn up in English. Accordingly, it is understood that all legal rights, responsibilities and/or obligations are governed by the original English version of this document. Furthermore, we reserve the right to correct any errors in this document.

ADVERTENCIA

Ésta es la traducción de un documento originalmente redactado en inglés. Consiguientemente, hágase saber que todos los derechos legales, responsabilidades y/u obligaciones expresadas en el mismo se regirán por la versión original del documento expedido en inglés. Además, nosotros nos reservamos el derecho de corregir cualquier error en este documento.

Prepaid Dental Plan 189

1. Servicios del Proveedor del Plan

Los servicios dentales detallados en el siguiente cuadro serán cubiertos si fueran dispensados por el Dentista del Plan elegido por el Miembro. Si el Miembro requiriera servicios dentales de especialistas que no pudieran ser dispensados por el Dentista del Plan elegido, el Miembro podrá acudir a un Especialista Dental del Plan para obtener los servicios dentales de especialistas identificados con (S) en esta Sección 1. El Miembro no tendrá que ser referido por su Dentista del Plan elegido para recibir los servicios de un Especialista Dental del Plan. El Miembro será responsable de pagar la cantidad indicada bajo la columna "Copago del Miembro" (más cualquier cargo de laboratorio aplicable (*) cuando el servicio sea dispensado o de acuerdo con los procedimientos de facturación del Proveedor del Plan.

Los servicios dentales recibidos de un Especialista Dental del Plan que no estén incluidos e identificados como servicios dentales de especialistas (S) en esta Sección 1 ó indicados en la Sección 2 de este documento, serán proporcionados al Miembro a precios reducidos. Un descuento del 15% será aplicado a los cargos normalmente cobrados por dicho Especialista Dental del Plan por los servicios dispensados por un Especialista Dental del Plan cuya práctica esté limitada a la endodoncia. Un descuento del 25% será aplicado a los cargos normalmente cobrados por dicho Especialista Dental del Plan por los servicios dispensados por cualquier Especialista Dental del Plan (incluyendo, sin limitación alguna a los Especialistas Dentales del Plan cuya práctica esté limitada a la ortodoncia). El Miembro es responsable de pagar la totalidad del cargo que resulte después del descuento aplicado cuando el servicio sea dispensado o de acuerdo con los procedimientos de facturación del Especialista Dental del Plan.
Para comprender a fondo los beneficios, exclusiones y limitaciones de este plan, le recomendamos al Miembro que consulte la Evidencia de Cobertura. Al Proveedor del Plan se le permite cobrar al miembro un cargo por no acudir a cualquiera de sus citas, si el Miembro no la cancelara dentro de por lo menos 24 horas antes. Dicho cargo no podrá exceder de $20.00.

Los servicios marcados a continuación con un solo asterisco (*) también requerirán un pago por concepto de los servicios de laboratorio. Dicho cargo será cobrado por separado. Los cargos de laboratorio tendrán que ser pagados al Proveedor del Plan, además de cualquier copago aplicable al servicio dispensado.

El pago por cada servicio dispensado por un Dentista Fuera del Plan (basado en el cargo al por menor convencionalmente cobrado por dicho dentista) es responsabilidad del Miembro. Esto no aplica a los Beneficios del Plan para Servicios de Emergencia dental cubiertos bajo el plan.

Código ADA**	Descripción del Servicio**	Copago del Miembro
	Citas	
Ninguno	Consulta - durante las horas de servicio regularmente programadas***	Ningún cargo
D9440	Consulta - después de las horas de servicio regularmente programadas	30.00
D0120	Evaluación bucal periódica - paciente establecido‡	Ningún cargo
	(Los servicios con el Código ADA D0120 podrán ser obtenidos solamente una vez durante cualquier período de 6 meses calendarios, salvo por las evaluaciones más frecuentes que fueran médicamente necesarias, de conformidad con lo que fuera determinado por el Dentista del Plan del Miembro.)	
D0140	Evaluación bucal limitada - enfocándose en un problema en particular	Ningún cargo
D0150	Evaluación bucal integral - paciente nuevo o paciente establecido‡	Ningún cargo

Proceda a la próxima página

Código ADA**	Descripción del Servicio**	Copago del Miembro
	(Los servicios con el Código ADA D0150 podrán ser obtenidos solamente una vez durante cualquier período de 6 meses calendarios, salvo por las evaluaciones más frecuentes que fueran médicamente necesarias, de conformidad con lo que fuera determinado por el Dentista del Plan del Miembro.)	
D0160	Evaluación bucal detallada y extensiva - enfocándose en un problema en particular, mediante reporte	Ningún cargo
D0170	Reevaluación - limitada, enfocándose en un problema en particular (paciente establecido; consulta no pos-quirúrgica)	Ningún cargo
D0180	Evaluación periodontal integral - paciente nuevo o paciente establecido	Ningún cargo
D9310	Consulta - servicio diagnóstico dispensado por un dentista o médico que no sea el dentista o médico que lo requiriera	55.00
	Odontología diagnóstica	
D0210	Intrabucal - serie completa (incluso aletas mordibles)‡	Ningún cargo
	(Los servicios con el Código ADA D0210 podrán ser obtenidos solamente una vez durante cualquier período de tres años calendarios, salvo por las radiografías más frecuentes que fueran médicamente necesarias, de conformidad con lo que fuera determinado por el Dentista del Plan del Miembro.)	
D0220	Intrabucal - periapical, primera placa	Ningún cargo
D0230	Intrabucal - periapical, cada placa adicional	Ningún cargo
D0240	Intrabucal - placa oclusal	Ningún cargo
D0250	Extrabucal - primera placa	Ningún cargo
D0260	Extrabucal - cada placa adicional	Ningún cargo
D0270	Aleta mordible - una sola placa	Ningún cargo
D0272	Aletas mordibles - dos placas‡	Ningún cargo
	(Los servicios con el Código ADA D0272 podrán ser obtenidos solamente una vez durante cualquier período de 6 meses calendarios, salvo por las radiografías más frecuentes que fueran médicamente necesarias, de conformidad con lo que fuera determinado por el Dentista del Plan del Miembro.)	
D0274	Aletas mordibles - cuatro placas‡	Ningún cargo
	(Los servicios con el Código ADA D0274 podrán ser obtenidos solamente una vez durante cualquier período de 6 meses calendarios, salvo por las radiografías más frecuentes que fueran médicamente necesarias, de conformidad con lo que fuera determinado por el Dentista del Plan del Miembro.)	
D0277	Aletas mordibles verticales - 7 a 8 placas	Ningún cargo
D0330	Placa panorámica‡	Ningún cargo
	(Los servicios con el Código ADA D0330 podrán ser obtenidos solamente una vez durante cualquier período de tres años calendarios, salvo por las radiografías más frecuentes que fueran médicamente necesarias, de conformidad con lo que fuera determinado por el Dentista del Plan del Miembro.)	
D0415	Toma de muestra de microorganismos para cultivo y prueba de sensibilidad	Ningún cargo
D0425	Pruebas de susceptibilidad a caries	Ningún cargo
D0431	Prueba pre-diagnóstica adjunta que ayuda con la detección de anormalidades de la mucosa, incluso lesiones malignas y premalignas, sin incluir citología o biopsias	40.00
D0460	Pruebas de vitalidad de la pulpa	Ningún cargo
	Odontología preventiva	
D1110	Profilaxis - adulto	Ningún cargo
	(Los servicios con el Código ADA D1110 podrán ser obtenidos solamente una vez durante cualquier período de 6 meses calendarios, salvo por la profilaxis más frecuente que fuera médicamente necesaria, de conformidad con lo que fuera determinado por el Dentista del Plan del Miembro.)	
D1120	Profilaxis - niño	Ningún cargo
	(Los servicios con el Código ADA D1120 podrán ser obtenidos solamente una vez durante cualquier período de 6 meses calendarios, salvo por la profilaxis más frecuente que fuera médicamente necesaria, de conformidad con lo que fuera determinado por el Dentista del Plan del Miembro.)	
D1203	Aplicación tópica de fluoruro – niño	Ningún cargo
D1204	Aplicación tópica de fluoruro – adulto	Ningún cargo
D1206	Barnizado tópico con fluoruro; aplicación terapéutica para pacientes con riesgo de caries de nivel moderado a alto	Ningún cargo
D1310	Consejería nutricional para el control de enfermedad dental	Ningún cargo
D1320	Consejería para consumidores de tabaco para el control y prevención de enfermedad bucal	Ningún cargo
D1330	Instrucciones sobre higiene bucal	Ningún cargo
D1351	Sellador - por cada diente	Ningún cargo
D1510	Mantenedor de espacio - fijo - unilateral*	50.00
D1515	Mantenedor de espacio - fijo - bilateral*	50.00
D1520	Mantenedor de espacio - desmontable - unilateral*	65.00
D1525	Mantenedor de espacio - desmontable - bilateral*	90.00
D1550	Recementación de mantenedor de espacio	10.00
Ninguno	Profilaxis adicional***	40.00
D9940	Protector oclusal, mediante reporte*	85.00

Proceda a la próxima página

Código ADA**	Descripción del Servicio**	Copago del Miembro
D9951	Ajuste oclusal - limitado	15.00
D9952	Ajuste oclusal - completo	55.00
	Odontología restaurativa	
D2140	Amalgama - una superficie, primaria o permanente	5.00
D2150	Amalgama - dos superficies, primarias o permanentes	10.00
D2160	Amalgama - tres superficies, primarias o permanentes	15.00
D2161	Amalgama - cuatro o más superficies, primarias o permanentes	15.00
D2330	Composite a base de resina - una superficie, anterior	20.00
D2331	Composite a base de resina- dos superficies, anterior	30.00
D2332	Composite a base de resina - tres superficies, anterior	45.00
D2335	Composite a base de resina - cuatro o más superficies o que implique incisión angular (anterior)	65.00
D2391	Composite a base de resina - una superficie, posterior	50.00
D2392	Composite a base de resina - dos superficies, posterior	60.00
D2393	Composite a base de resina - tres superficies, posterior	70.00
D2394	Composite a base de resina - cuatro o más superficies, posterior	95.00
D2510	*Inlay* - metálica - una superficie*	75.00
D2520	*Inlay* - metálica - dos superficies*	85.00
D2530	*Inlay* - metálica - tres o más superficies*	110.00
D2542	*Onlay* - metálica - dos superficies*	100.00
D2543	*Onlay* - metálica - tres superficies*	120.00
D2544	*Onlay* - metálica - cuatro o más superficies*	130.00
D2610	*Inlay* - de porcelana/cerámica, una superficie*	200.00
D2620	*Inlay* - de porcelana/cerámica, dos superficies*	210.00
D2630	*Inlay* - de porcelana/cerámica, tres o más superficies*	220.00
D2740	Corona - de sustrato de cerámica/porcelana*	189.00
D2750	Corona - de porcelana fusionada a metal de alta nobleza*	189.00
D2751	Corona - de porcelana fusionada primordialmente a metal básico*	189.00
D2752	Corona - de porcelana fusionada a metal noble*	189.00
D2790	Corona - completa moldeada de metal de alta nobleza*	189.00
D2791	Corona - completa moldeada primordialmente de metal básico*	189.00
D2792	Corona - completa moldeada de metal noble*	189.00
D2910	Recementación de *inlay*, *onlay*, o restauración de cobertura parcial	15.00
D2920	Recementación de corona	15.00
D2930	Corona de acero inoxidable prefabricada - diente caduco	80.00
D2932	Corona prefabricada de resina	35.00
D2933	Corona prefabricada de acero inoxidable con capa de resina	45.00
D2940	Empaste sedante	15.00
D2950	Extensión de muñón, incluso cualquier clavija	75.00
D2951	Retención de clavija - por cada diente, con restauración.	15.00
D2952	Perno y muñón además de corona, fabricada indirectamente*	90.00
D2953	Cada perno adicional fabricado indirectamente - mismo diente*	45.00
D2954	Perno y muñón prefabricado, además de corona	80.00
D2955	Extracción de perno (sin terapia endodóntica)	25.00
D2957	Cada perno adicional prefabricado - mismo diente	30.00
D2971	Intervenciones adicionales para construir una corona nueva bajo armazón de dentadura parcial existente*.	55.00
D2980	Reparación de corona, mediante reporte*	25.00
Ninguno	Empaste temporal***	15.00
	Endodoncia	
D3110	Recubrimiento pulpar - directo (sin restauración final)	15.00
D3120	Recubrimiento pulpar - indirecto (sin restauración final)	10.00
D3220	Pulpotomía terapéutica (sin restauración final) - extirpación de corona pulpal hasta el borde dentinocemental y administración de medicamento	40.00
D3221	Desbridamiento pulpal, dientes caducos y permanentes	50.00
D3240	Terapia pulpal (empaste reabsorbente) - diente caduco, posterior (sin restauración final)	50.00
D3310	Terapia endodóntica, diente anterior (sin restauración final)	95.00
D3320	Terapia endodóntica, diente bicúspide (sin restauración final) (S)	200.00
D3330	Terapia endodóntica, muela (sin restauración final) (S)	225.00
D3331	Tratamiento de obstrucción de la raíz del diente, acceso no quirúrgico	70.00
D3332	Terapia endodóntica incompleta, diente fracturado, no restaurable o inoperable	150.00

Proceda a la próxima página

Código ADA**	Descripción del Servicio**	Copago del Miembro
D3333	Reparación radicular interna de defectos de perforación.	100.00
D3346	Retratamiento de endodoncia previa – anterior (S)	300.00
D3347	Retratamiento de endodoncia previa – bicúspide (S)	390.00
D3348	Retratamiento de endodoncia previa – muela (S)	460.00
D3351	Apexificación/recalcificación - consulta inicial (reparación de perforaciones por cierre/calcificación apical, resorción radicular, etc.)	175.00
D3352	Apexificación/recalcificación - reemplazo de medicamento provisional (reparación de perforaciones por cierre/calcificación apical, resorción radicular, etc.)	175.00
D3353	Apexificación/recalcificación - consulta final (incluye culminación del tratamiento del conducto radicular - reparación de perforaciones por cierre/calcificación apical, resorción radicular, etc.)	175.00
D3410	Apicoectomía/cirugía periradicular – anterior (S)	125.00
D3421	Apicoectomía/cirugía periradicular - bicúspide (primera raíz) (S)	165.00
D3425	Apicoectomía/cirugía periradicular - molar (primera raíz) (S)	240.00
D3426	Apicoectomía/cirugía periradicular - (cada raíz adicional)	100.00
D3430	Empaste retrógrado - por cada raíz (S)	75.00
D3450	Amputación de raíz - por cada raíz	70.00
D3910	Intervención quirúrgica para el aislamiento del diente con dique de goma	10.00
D3920	Hemisección (incluso cualquier extracción de raíz), sin tratamiento de la raíz del diente	80.00
D3950	Preparación del conducto radicular y acoplamiento de espiga o perno prefabricado	65.00
	Periodoncia	
D4210	Gingivectomía o gingivoplastia - cuatro o más dientes contiguos o espacios entre dientes ligados *(tooth bounded spaces)* por cada cuadrante (S)	135.00
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia - uno a tres dientes contiguos o espacios entre dientes ligados por cada cuadrante (S)	75.00
D4240	Intervención para colgajo gingival, incluso alisado radicular - cuatro ó más dientes contiguos o espacios entre dientes ligados por cada cuadrante	140.00
D4241	Intervención para colgajo gingival, incluso alisado radicular - uno a tres dientes contiguos o espacios entre dientes ligados por cada cuadrante	100.00
D4245	Colgajo acoplado apicalmente	145.00
D4249	Alargamiento clínico de corona - tejido duro	120.00
D4260	Cirugía ósea (incluso asiento y sutura de colgajo) - cuatro o más dientes contiguos o espacios entre dientes ligados por cada cuadrante (S)	70.00
D4261	Cirugía ósea (incluso asiento y sutura de colgajo) - uno a tres dientes contiguos o espacios entre dientes ligados por cada cuadrante (S)	50.00
D4263	Injerto de reemplazo óseo - primer área en cuadrante*	160.00
D4264	Injerto de reemplazo óseo - cada área adicional en cuadrante*	145.00
D4265	Materiales biológicos para acelerar la regeneración de tejido blando y óseo*	80.00
D4266	Regulación de regeneración de tejido – barrera reabsorbente, por cada área*	230.00
D4267	Regulación de regeneración de tejido – barrera no reabsorbente, por cada área (incluye extirpación de membrana)	240.00
D4270	Intervención de injerto de pedículo de tejido blando	265.00
D4271	Intervención para injerto de tejido blando libre (incluye intervención quirúrgica del donante)	260.00
D4273	Intervención para injerto de tejido subepitelial conectivo	75.00
D4275	Injerto de tejido blando alogénico	320.00
D4320	Entablillado provisional – intracoronal	80.00
D4321	Entablillado provisional - extracoronal	75.00
D4341	Descamación periodontal y alisado radicular - cuatro o más dientes por cada cuadrante (S)	75.00
D4342	Descamación periodontal y alisado radicular - uno a tres dientes por cada cuadrante (S)	35.00
D4355	Desbridamiento bucal completo para facilitar evaluación integral y diagnóstico (S)	50.00
D4381	Administración local de agentes antimicrobianos por vía de un mecanismo de flujo controlado en tejido crevicular afectado, por cada diente, mediante reporte*	40.00
D4910	Mantenimiento periodontal	45.00
Ninguno	Procedimientos de mantenimiento periodontal adicional (limitado a 2 adicionales por cada año)***	30.00
Ninguno	Instrucciones sobre higiene periodontal***	Ningún cargo
	Prótesis dental removible (dentaduras postizas)	
D5110	Dentadura completa - maxilar*	295.00
D5120	Dentadura completa - mandibular*	295.00
D5130	Dentadura inmediata - maxilar*	400.00
D5140	Dentadura inmediata - mandibular*	400.00
D5211	Dentadura parcial maxilar - base de resina (incluso cualquier gancho convencional, sostenes de prótesis y dientes)*	355.00
D5212	Dentadura parcial mandibular - base de resina (incluso cualquier gancho convencional, sostenes de prótesis y dientes)*	335.00

Proceda a la próxima página

Código ADA**	Descripción del Servicio**	Copago del Miembro
D5213	Dentadura parcial maxilar - armazón moldeado de metal con bases de resina (incluso cualquier retenedor y sostenedor convencional y los dientes)*	365.00
D5214	Dentadura parcial mandibular - armazón moldeado de metal con bases de resina (incluso cualquier retenedor y sostenedor convencional y los dientes)*	365.00
D5225	Dentadura parcial maxilar - base flexible (incluso cualquier retenedor, sostenedor y los dientes)*	700.00
D5226	Dentadura parcial madibular - base flexible (incluso cualquier retenedor, sostenedor y los dientes)*	700.00
D5281	Dentadura parcial unilateral removible - una pieza moldeada de metal (Incluso retenedores y dientes)*	400.00
D5410	Dentadura completa ajustable – maxilar	15.00
D5411	Dentadura completa ajustable – mandibular	15.00
D5421	Dentadura parcial ajustable – maxilar	15.00
D5422	Dentadura parcial ajustable – mandibular	15.00
D5510	Reparación de base de dentadura completa quebrada*	30.00
D5610	Reparación de base de dentadura de resina*	35.00
D5620	Reparación de armazón moldeado*	35.00
D5630	Reparación o reemplazo de gancho quebrado*	35.00
D5640	Reemplazo de dientes quebrados - por cada diente*	35.00
D5650	Agregación de diente a una dentadura postiza parcial existente*	35.00
D5660	Adición de retenedor a una dentadura parcial existente*	55.00
D5670	Reemplazo de todos los dientes y acrílico sobre armazón moldeado de metal (maxilar)*	165.00
D5671	Reemplazo de todos los dientes y acrílico sobre armazón moldeado de metal (mandibular)*	165.00
D5710	Rebase - dentadura maxilar completa*	195.00
D5711	Rebase - dentadura mandibular completa*	180.00
D5720	Rebase - dentadura parcial maxilar*	150.00
D5721	Rebase - dentadura parcial mandibular*	155.00
D5730	Recubrimiento de dentadura maxilar completa (en silla dental)	60.00
D5731	Recubrimiento de dentadura mandibular completa (en silla dental)	60.00
D5740	Recubrimiento de dentadura maxilar parcial (en silla dental)	60.00
D5741	Recubrimiento de dentadura mandibular parcial (en silla dental)	60.00
D5750	Recubrimiento de dentadura maxilar completa (laboratorio)*	95.00
D5751	Recubrimiento de dentadura mandibular completa (laboratorio)*	95.00
D5760	Recubrimiento de dentadura maxilar parcial (laboratorio)*	95.00
D5761	Recubrimiento de dentadura mandibular parcial (laboratorio)*	95.00
D5810	Dentadura completa provisional (maxilar)*	240.00
D5811	Dentadura completa provisional (mandibular)*	240.00
D5820	Dentadura parcial provisional (maxilar)*	300.00
D5821	Dentadura parcial provisional (mandibular)*	300.00
D5850	Condicionamiento de tejido, maxilar	25.00
D5851	Condicionamiento de tejido, mandibular	25.00
D5862	Acoplamiento de precisión, mediante reporte*	145.00
	Prostodoncia fija (puentes o dentaduras parciales fijas)	
D6210	Póntico - moldeado de metal de alta nobleza*	189.00
D6211	Póntico - moldeado primordialmente de metal básico*	189.00
D6212	Póntico - moldeado de metal noble*	189.00
D6240	Póntico - de porcelana fusionada a metal de alta nobleza*	189.00
D6241	Póntico - de porcelana fusionada primordialmente a metal básico*	189.00
D6242	Póntico - de porcelana fusionada a metal noble*	189.00
D6250	Póntico – resina con metal de alta nobleza*	189.00
D6251	Póntico - de resina primordialmente con metal básico*	189.00
D6252	Póntico – resina con metal noble*	189.00
D6253	Póntico provisional*	189.00
D6545	Retenedor - molde de metal para prótesis fija de resina cementada*	140.00
D6600	*Inlay* - de porcelana-cerámica, dos superficies*	165.00
D6601	*Inlay* - de porcelana-cerámica, tres o más superficies*	175.00
D6602	*Inlay* - moldeado de metal de alta nobleza, dos superficies*	165.00
D6603	*Inlay* - moldeado de metal de alta nobleza, tres o más superficies*	175.00
D6604	*Inlay* - moldeado primordialmente de metal básico, dos superficies*	165.00
D6605	*Inlay* - moldeado primordialmente de metal básico, tres o más superficies*	175.00
D6606	*Inlay* - moldeado de metal noble, dos superficies*	165.00
D6607	*Inlay* - moldeado de metal noble, tres o más superficies*	175.00

Proceda a la próxima página

Código ADA**	Descripción del Servicio**	Copago del Miembro
D6608	*Onlay* - de porcelana-cerámica, dos superficies*	165.00
D6609	*Onlay* - de porcelana-cerámica, tres o más superficies*	175.00
D6610	*Onlay* - moldeado de metal de alta nobleza, dos superficies*	165.00
D6611	*Onlay* - moldeado de metal de alta nobleza, tres o más superficies*	175.00
D6612	*Onlay* - moldeado primordialmente de metal básico, dos superficies*	165.00
D6613	*Onlay* - moldeado primordialmente de metal básico, tres o más superficies*	175.00
D6614	*Onlay* - moldeado de metal noble, dos superficies*	165.00
D6615	*Onlay* - moldeado de metal noble, tres o más superficies*	175.00
D6710	Corona - composite indirecto a base de resina*	100.00
D6720	Corona - resina con metal de alta nobleza*	189.00
D6721	Corona - de resina primordialmente con metal básico*	189.00
D6722	Corona - resina con metal noble*	189.00
D6740	Corona - de porcelana/cerámica*	189.00
D6750	Corona - de porcelana fusionada a metal de alta nobleza*	189.00
D6751	Corona - de porcelana fusionada primordialmente a metal básico*	189.00
D6752	Corona - de porcelana fusionada a metal noble*	189.00
D6780	Corona - 3/4 moldeada de metal de alta nobleza*	189.00
D6781	Corona - 3/4 moldeada primordialmente de metal básico.	170.00
D6782	Corona - 3/4 moldeada de metal noble	170.00
D6783	Corona - 3/4 porcelana/cerámica*	170.00
D6790	Corona - completa moldeada de metal de alta nobleza*	189.00
D6791	Corona - completa moldeada primordialmente de metal básico*	189.00
D6792	Corona - completa moldeada de metal noble*	189.00
D6794	Corona - titanio*	225.00
D6930	Recementación de dentadura parcial fija	15.00
D6940	Dispositivo antiestrés	150.00
D6950	Acoplamiento con precisión	195.00
D6970	Perno y muñón además de retenedor de dentadura parcial fija, fabricada indirectamente*	150.00
D6972	Perno y muñón prefabricados además de retenedor de dentadura parcial fija	150.00
D6973	Extensión de muñón para retenedor, incluso cualquier clavija	100.00
D6976	Cada perno adicional fabricado indirectamente - mismo diente*	75.00
D6977	Cada perno adicional prefabricado - mismo diente	60.00
D6980	Reparación de dentadura parcial fija, mediante reporte*	45.00
D9120	Segmentación de dentadura parcial fija	65.00
Ninguno	Póntico de puente de resina cementada, por unidad*(***)	235.00
	Cirugía Bucal	
D7111	Extracción de residuos de corona - diente deciduo	15.00
D7140	Extracción de diente erupcionado o raíces expuestas (elevación y/o extracción con fórceps)	15.00
D7210	Extracción quirúrgica de diente erupcionado que requiere elevación del colgajo mucoperióstico y extracción de hueso y/o parte de un diente (S)	60.00
D7220	Extracción de diente impactado - en tejido blando (S)	70.00
D7230	Extracción de diente impactado – parcialmente óseo (S)	85.00
D7240	Extracción de diente impactado – completamente óseo (S)	125.00
D7241	Extracción de diente impactado - completamente óseo, con complicaciones quirúrgicas fuera de lo común (S)	150.00
D7250	Extracción quirúrgica de raíces residuales del diente (por incisión) (S)	40.00
D7270	Reimplante de diente y/o estabilización de diente accidentalmente avulsionado o desplazado	100.00
D7280	Acceso quirúrgico de un diente no erupcionado	165.00
D7282	Movilización de diente erupcionado o mal-posicionado para facilitar la erupción	90.00
D7283	Acoplamiento de dispositivo para facilitar la erupción de diente impactado*	70.00
D7285	Biopsia de tejido bucal - duro (hueso, diente)	70.00
D7286	Biopsia de tejido bucal - blando	20.00
D7287	Toma de muestra citológica exfoliativa	45.00
D7288	Biopsia con cepillo - toma de muestra transepitelial	45.00
D7310	Alveoloplastia con extracciones - cuatro o más dientes o espacios entre dientes, por cada cuadrante (S)	70.00
D7311	Alveoloplastia con extracciones – uno a tres dientes o espacios entre dientes, por cada cuadrante	80.00
D7320	Alveoloplastia sin extracciones – cuatro o más dientes o espacios entre dientes, por cada cuadrante (S)	90.00
D7321	Alveoloplastia sin extracciones – uno a tres dientes o espacios entre dientes, por cada cuadrante	20.00
D7471	Extirpación de exostosis lateral (o mandibular)	75.00
D7472	Extirpación de torus palatinus	55.00

Proceda a la próxima página

Código ADA**	Descripción del Servicio**	Copago del Miembro
D7473	Extirpación de torus mandibulares	55.00
D7485	Reducción quirúrgica de tuberosidad ósea	55.00
D7510	Incisión y drenaje de absceso - intrabucal en tejido blando (S)	35.00
D7511	Incisión y drenaje de absceso - intrabucal en tejido blando – complicado (incluye drenaje de múltiples espacios fasciales)	40.00
D7520	Incisión y drenaje de absceso - tejido blando extrabucal	40.00
D7521	Incisión y drenaje de absceso - extrabucal en tejido blando – complicado (incluye drenaje de múltiples espacios fasciales)	40.00
D7910	Sutura de lesiones pequeñas recientes, hasta 5 cm.	35.00
D7960	Frenulectomía (frenectomía o frenotomía) - intervención separada (S)	40.00
D7963	Frenuloplastia	50.00
D7970	Escisión de tejido hiperplástico - por cada arco	60.00
D7971	Escisión de tejido gingival pericoronal	60.00
	Tratamiento de Emergencia para Aliviar el Dolor	
D9110	Tratamiento paliativo (de emergencia) para aliviar el dolor dental - intervención menor	25.00
	Anestesia, Analgesia y Sedación	
D9212	Anestesia para bloqueo de división trigeminal	Ningún cargo
D9220	Sedación profunda/anestesia general - primeros 30 minutos	130.00
D9230	Analgesia, anxiolisis, inhalación de óxido nitroso	20.00
D9241	Analgesia/sedación endovenosa, consciente - primeros 30 minutos (S)	100.00
D9242	Analgesia/sedación endovenosa, consciente - por cada 15 minutos adicionales (S)	30.00
D9248	Sedación no endovenosa, paciente consciente	15.00
D9610	Fármaco terapéutico parenteral, una sola administración*	20.00
D9612	Fármaco terapéutico parenteral, dos o más administraciones, medicamentos diferentes*	35.00
D9630	Otros fármacos y/o medicamentos, mediante reporte*	20.00
D9910	Administración de medicamento para desensibilizar	15.00

Este documento representa únicamente un ejemplar del Cuadro de Copagos para Miembros. No constituye la Evidencia de Cobertura. Favor de referirse al Convenio del Plan Colectivo de Servicios Dentales *(Group Dental Service Agreement)*, la Evidencia de Cobertura y al Cuadro de Copagos, puesto que todos los derechos y beneficios, así como las limitaciones y exclusiones aplicables se detallan en dichos documentos.

Los copagos indicados aplican únicamente a los Proveedores del Plan que proporcionen los servicios indicados correspondientes. Es posible que el Dentista del Plan elegido por el Miembro no pueda proporcionar todos los servicios indicados. También es posible que los Especialistas Dentales del Plan no puedan proporcionar u ofrecer todos los servicios indicados. La disponibilidad y afiliación de los Dentistas y Especialistas Dentales del Plan están sujetas a cambio.

(S) – Los Beneficios del Plan están disponibles para estos servicios, siempre y cuando fueran proporcionados por un Especialista Dental del Plan.

Las versiones actualizadas y anteriores de los códigos de la *Current Dental Terminology* (CDT) (indicados bajo la columna **Código ADA), así como sus descripciones (indicadas bajo la columna **Descripción del Servicio**) son derechos reservados de la American Dental Association (ADA) y son utilizados con permiso. *Current Dental Terminology* © American Dental Association.

***Servicio sin un código o descripción de la American Dental Association Current Dental Terminology.

‡ Con mayor frecuencia si fuera determinado(a) médicamente necesario(a) por el Dentista del Plan interviniente.

2. Servicios de Ortodoncia

Los servicios dentales detallados en el siguiente cuadro serán cubiertos si fueran proporcionados por un Especialista Dental del Plan. El Miembro es responsable de pagar la cantidad indicada bajo la columna Copago del Miembro al momento en que el servicio sea proporcionado o de acuerdo con los procedimientos de facturación del Especialista Dental del Plan.

Código ADA**	Descripción del Servicio**	Copago del Miembro
	Ortodoncia	
Ninguno	Ganchos (para D8070, D8080 ó D8090)***	300.00
D8070	Ortodoncia integral de la dentición transicional	2000.00
D8080	Ortodoncia integral de la dentición de adolescente (menor de 19 años)	2000.00
D8090	Ortodoncia integral de la dentición de adulto (19 años de edad y mayor)	2200.00
D8660	Consulta pre-ortodóntica (consulta/expedientes/examen)	100.00
D8680	Retención ortodóntica (remoción de piezas, construcción y acoplamiento de retenedor(es)	250.00

Los precitados Copagos para Ortodoncia serán aplicados únicamente durante los primeros 24 meses de tratamiento activo y pueden ser utilizados una sola vez de por vida. Después de 24 meses de tratamiento activo, los precitados Copagos por Ortodoncia dejarán de ser aplicados y el Miembro podrá recibir los servicios indicados con un descuento del 25% del cargo convencionalmente cobrado por el Especialista Dental del Plan. El Miembro es responsable de pagar la totalidad del cargo que resulte después del descuento aplicado cuando el servicio sea dispensado o de acuerdo con los procedimientos de facturación del Especialista Dental del Plan.

Este documento representa únicamente un ejemplo del cuadro. No constituye la Evidencia de Cobertura. Favor de referirse al Convenio del Plan Colectivo de Servicios Dentales *(Group Dental Service Agreement)*, la Evidencia de Cobertura y al Cuadro de Copagos, puesto que todos los derechos y beneficios, así como las limitaciones y exclusiones aplicables se detallan en dichos documentos.

Los copagos indicados aplican únicamente a los Especialistas Dentales del Plan que dispensen los servicios indicados correspondientes. También es posible que los Especialistas Dentales del Plan no puedan proporcionar u ofrecer todos los servicios indicados. La disponibilidad y afiliación de los Especialistas Dentales del Plan están sujetas a cambio.

Las versiones actualizadas y anteriores de los códigos de la *Current Dental Terminology* (CDT) (indicados bajo la columna **Código ADA), así como sus descripciones (indicadas bajo la columna **Descripción del Servicio**) son derechos reservados de la American Dental Association (ADA) y son utilizados con permiso. *Current Dental Terminology* © American Dental Association.

***Servicio sin un código o descripción de la American Dental Association Current Dental Terminology.

3. Servicios de Especialistas Dentales Fuera del Plan

Los servicios dentales detallados en el siguiente cuadro serán cubiertos si fueran proporcionados por un Especialista Dental Fuera del Plan. Salvo por los beneficios para Servicios Médicamente Necesarios y los Servicios de Emergencia, de conformidad con lo indicado específicamente en el Artículo denominado SERVICIOS MÉDICAMENTE NECESARIOS Y DE EMERGENCIA de la Evidencia de Cobertura, el Miembro es responsable de pagar la cantidad total normalmente cobrada por el Especialista Dental Fuera del Plan al momento en que el servicio sea proporcionado o de acuerdo con los procedimientos de facturación de dicho Especialista. Luego, el Miembro podrá remitir a la Compañía un formulario de reclamación debidamente llenado, junto con la factura detallada *(itemized bill)*. (Comuníquese con la Compañía para obtener el formulario de reclamación correspondiente.) La Compañía le pagará al Miembro la menor de las siguientes cantidades: la cantidad indicada en la columna Reembolso Máximo por la Compañía o la cantidad cobrada por el Especialista Dental Fuera del Plan por el servicio proporcionado. Los pagos correspondientes al Beneficio del Plan por los servicios proporcionados por los Especialistas Dentales Fuera del Plan están limitados a un total de $2,000.00 por cada año calendario.

Código ADA**	Descripción del Servicio**	Reembolso Máximo por la Compañía
	Endodoncia	
D3320	Terapia endodóntica, diente bicúspide (sin restauración final)	415.00
D3330	Terapia endodóntica, muela (sin restauración final)	630.00
D3346	Retratamiento de endodoncia previa – anterior	280.00
D3347	Retratamiento de endodoncia previa – bicúspide	420.00
D3348	Retratamiento de endodoncia previa – molar	445.00
D3410	Apicoectomía/cirugía periradicular – anterior	475.00
D3421	Apicoectomía/cirugía periradicular - bicúspide (primera raíz)	530.00
D3425	Apicoectomía/cirugía periradicular - molar (primera raíz)	495.00
D3430	Empaste retrógrado - por cada raíz	135.00
	Periodoncia	
D4210	Gingivectomía o gingivoplastia - cuatro o más dientes contiguos o espacios entre dientes ligados *(tooth bounded spaces)* por cada cuadrante	405.00
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia - uno a tres dientes contiguos o espacios entre dientes ligados por cada cuadrante	110.00
D4260	Cirugía ósea (incluso el colgajo y sutura) - cuatro o más dientes contiguos o espacios entre dientes ligados por cada cuadrante	550.00
D4261	Cirugía ósea (incluso el colgajo y sutura) - uno a tres dientes contiguos o espacios entre dientes ligados por cada cuadrante	180.00
D4341	Descamación periodontal y alisado radicular - cuatro o más dientes por cada cuadrante	135.00
D4342	Descamación periodontal y alisado radicular - uno a tres dientes por cada cuadrante	110.00
D4355	Desbridamiento bucal completo para facilitar evaluación integral y diagnóstico	85.00
	Cirugía Bucal	
D7210	Extracción quirúrgica de diente erupcionado que requiera elevación del colgajo mucoperióstico y extracción de hueso y/o parte de un diente	155.00
D7220	Extracción de diente impactado - en tejido blando	175.00
D7230	Extracción de diente impactado – parcialmente óseo	220.00
D7240	Extracción de diente impactado – completamente óseo	240.00
D7241	Extracción de diente impactado - completamente óseo, con complicaciones quirúrgicas inusuales	280.00
D7250	Extracción quirúrgica de raíces residuales del diente (por incisión)	160.00
D7310	Alveoloplastia junto con extracciones – cuatro o más dientes o espacios entre diente, por cada cuadrante	195.00
D7320	Alveoloplastia sin extracciones – cuatro o más dientes o espacios entre diente, por cada cuadrante	195.00
D7510	Incisión y drenaje de absceso - intrabucal en tejido blando	130.00
D7960	Frenulectomía (frenectomía o frenotomía) - intervención separada	205.00
	Anestesia, Analgesia y Sedación	
D9241	Analgesia/sedación endovenosa, consciente - primeros 30 minutos	175.00
D9242	Analgesia/sedación endovenosa, consciente - por cada 15 minutos adicionales	30.00

Los Beneficios del Plan no cubren ningún servicio que (a) fuera proporcionado por un Especialista Dental Fuera del Plan ni (b) que no fuera indicado en el precitado Cuadro de Beneficios del Plan. (Hágase saber que: Los Beneficios del Plan no cubren los Servicios Ortodónticos proporcionados por un Especialista Dental Fuera del Plan.

Las versiones actualizadas y anteriores de los códigos de la *Current Dental Terminology* (CDT) (indicados bajo la columna **Código ADA), así como sus descripciones (indicadas bajo la columna **Descripción del Servicio**) son derechos reservados de la American Dental Association (ADA) y son utilizados con permiso. *Current Dental Terminology* © American Dental Association.

Información referente al plan dental prepagado que se ofrece

Su empleador le está ofreciendo un atractivo plan dental prepagado. Esta sección de preguntas y respuestas le ofrece información adicional acerca de este plan.

¿Qué es un plan prepagado?

Con un plan prepagado, usted paga un prepago mensual y un cargo reducido, denominado “copago” por cada servicio dental dispensado. Para aprovechar los cargos reducidos, usted tendrá que acudir a un Dentista del Plan que haya elegido al momento de registrarse.

¿Qué son los copagos y dónde puedo obtener el cuadro de copagos?

El copago es un cargo fijo que usted le paga al Dentista del Plan al momento de recibir el tratamiento por concepto de los servicios cubiertos bajo el plan.

El cuadro de copagos contiene una lista de los servicios dentales cubiertos bajo el plan con los copagos correspondientes. El cuadro se incluye en la Evidencia de Cobertura. Le recomendamos que se presente a su cita dental con su cuadro de copagos.

¿Cómo elijo a uno de los Dentistas del Plan?

Usted debería elegir un Dentista del Plan al momento de registrarse. Visite el sito Web www.assurantemployeebenefits.com y haga clic sobre “Provider Search" o refiérase a su directorio de Dentistas del Plan. En el sitio Web, haga clic sobre “Prepaid Dental Series 189” en la página “Provider Search” para ubicar a un dentista. El dentista elegido tendrá que ser un dentista general y no un especialista.

¿Cuánto tiempo se tomará para incluir mi nombre en la lista/cuadro de pacientes del dentista elegido?

Si recibiéramos el nombre del dentista elegido antes del 20mo día del mes, su nombre será incluido en la lista el primer día del mes subsiguiente. Si lo recibiéramos después del 20mo día, su nombre será incluido en la lista el primer día del segundo mes subsiguiente. Si su nombre no aparece en el listado, comuníquese con nosotros al 800.443.2995.

¿Cómo sabrá el Dentista del Plan que yo soy su paciente?

Mensualmente, nosotros le enviamos una lista al Dentista del Plan con los nombres de todos los miembros del plan que lo han elegido como su dentista particular. Esta lista es conocida como el cuadro de pacientes.

Por favor, al hacer su cita, verifique con el dentista que su nombre aparece en el cuadro de pacientes.

¿Puedo cambiar mi dentista?

Sí, siempre y cuando sea un Dentista del Plan. Para cambiarlo, llame al Centro de Servicio al Cliente marcando el 800.443.2995.

¿Qué sucederá si acudo a otro dentista que no fuera mi dentista elegido?

Los costos **no** serán cubiertos bajo su plan dental y usted será responsable de pagar la cantidad total cobrada por el dentista. Por lo tanto, es importante que usted acuda al Dentista del Plan que haya elegido.

Si tuviera una emergencia dental, ¿tendría que acudir al dentista elegido?

Primero, comuníquese con su Dentista del Plan para hacer una cita. Si su Dentista del Plan no lo pudiera atender, usted podrá acudir a cualquier otro dentista autorizado bajo licencia en los Estados Unidos de América.

Hágase saber que el beneficio de emergencia de su plan únicamente cubre la atención dispensada en un consultorio dental o instalación similar, destinada a la evaluación y estabilización de la Emergencia Dental, de conformidad con lo detallado en la Evidencia de Cobertura (con una descripción de los beneficios indemnizables).

Si necesitara acudir a un especialista dental, ¿cómo localizo a uno de los Especialistas Dentales del Plan en mi área geográfica?

Refiérase al directorio de Especialistas Dentales del Plan, el cual se encuentra en el sitio Web, www.assurantemployeebenefits.com o llámenos al 800.443.2995 para recibir asistencia. No tendrá que ser referido por su Dentista del Plan para recibir la atención de uno de los Especialistas Dentales del Plan.

¿Qué sucederá si pierdo mi tarjeta de identificación dental o si tuviera alguna pregunta referente a mi plan?

Comuníquese con el Centro de Servicio al Cliente marcando el 800.443.2995.

Condiciones preexistentes

Las limitaciones y exclusiones por concepto de la condición bucal del Miembro, aplican aunque dichas condiciones hubieran existido o no antes de la fecha de efectividad de la cobertura del Miembro.

Limitaciones y Exclusiones

Los beneficios del plan no cubren:

1. Cualquier servicio que no fuera específicamente detallado en el Cuadro de Copagos (incluyendo, sin limitación alguna los cargos cobrados por cualquier hospital o centro de atención ambulatoria por concepto de cualquier servicio dental).
2. Cualquier parte de los servicios dentales por concepto de los cuales se hubiera cobrado algún cargo antes de la fecha de efectividad de la cobertura del Miembro.
3. Cualquier servicio dental iniciado (a) antes de la fecha de efectividad de la cobertura del Miembro para los Beneficios del Plan, salvo por lo estipulado en el Artículo denominado **TRATAMIENTO ORTODÓNTICO** de la Evidencia de Cobertura o (b) después que la cobertura del Miembro para los Beneficios del Plan termine.
4. La atención dispensada por un Proveedor Fuera del Plan, a menos que (a) se tratara de Especialistas Dentales Fuera del Plan de conformidad con lo estipulado específicamente en la sección titulada SERVICIOS DE ESPECIALISTA DENTAL del Cuadro de Copagos o (b) se tratara de Servicios Médicamente Necesarios y Servicios de Emergencia de conformidad con lo estipulado específicamente en el Artículo denominado INTERVENCIONES DE EMERGENCIA Y MÉDICAMENTE NECESARIAS de la Evidencia de Cobertura.
5. Reemplazo de puentes, dentaduras u otras piezas fijas o desmontables, a menos que (a) un período de por lo menos cinco años hubiera transcurrido desde que dicha pieza hubiera sido cubierta bajo uno de los Beneficios del Plan o (b) durante dicho período de cinco años, la pieza fuera dañada y no pudiera usarse debido a una enfermedad o accidente sufrido por el Miembro mientras llevaba la pieza puesta.
6. El reemplazo de dentaduras postizas u otros aparatos desmontables debido a (a) daño mientras el aparato no se llevaba puesto o (b) pérdida o robo.
7. Reconstrucción bucal utilizando trabajo de puente fijo u otro aparato fijo, si el plan de tratamiento general fuera destinado a una reconstrucción bucal completa que implicase el reemplazo de seis o más dientes (incluso los dientes perdidos antes de la fecha de comienzo del tratamiento o dientes extraídos como parte del plan de tratamiento general).
8. Implantes o cualquier aparato inherente al implante o las intervenciones quirúrgicas destinadas a la inserción de implantes o aparatos inherentes al implante, ya sean removibles o fijos.
9. La extracción quirúrgica de implantes o cualquier aparato inherente al implante, o cualquier intervención quirúrgica o no quirúrgica requerida para ajustar, reparar, reemplazar o tratar cualquier problema relacionado con un implante existente o aparato inherente al implante, ya sea removible o fijo.
10. Restauraciones o entablillados utilizados para aumentar la dimensión vertical, restaurar la oclusión o reemplazar o estabilizar la pérdida de estructura dentaria atribuible a atrición.
11. Ortodoncia que requiera terapia por concepto de trastornos miofuncionales, disfunciones de la articulación temporomandibular (TMJ), micrognatia, macroglosia, paladar hendido o cualquier otra anormalidad de crecimiento y desarrollo.
12. Ortodoncia relacionada con cirugía ortognática, aunque el tratamiento fuera precedente o subsiguiente a la cirugía.
13. Extracciones de las muelas terceras (muelas del juicio) que no sean sintomáticas, aunque las extracciones fueran o no realizadas después de haberse completado el tratamiento ortodóntico. Ejemplos de condiciones sintomáticas abarcan caries, quistes odontogénicos, pericoronitis crónica e infección.
14. El tratamiento de malignidades, neoplasmas o quistes, incluyendo, sin limitación alguna a las biopsias.

Extracciones ortodónticas

Las extracciones relacionadas con intervenciones ortodónticas que fueran realizadas por un Proveedor del Plan no están sujetas a los Copagos fijos aplicables a las extracciones que aparecen en el Cuadro de Copagos. En su lugar, dichas extracciones están sujetas a cargos que reflejan una reducción del 25% contra el cargo convencionalmente cobrado por dicho Proveedor del Plan por concepto de dichas extracciones.

Terminación

La cobertura del Miembro puede terminar de conformidad con lo estipulado en el artículo denominado **TERMINACIÓN** de la Evidencia de Cobertura.

FORMULARIO DE REGISTRO PARA EL PLAN COLECTIVO

FAVOR DE ESCRIBIR LEGIBLEMENTE CON LETRA DE MOLDE Y TINTA NEGRA O AZUL

Nombre del Grupo	Número del Grupo	Fecha de efectividad
Voluntary Dental Enrollment Kits		/ /

❑ **Solicito la siguiente cobertura para mí y mis dependientes nombrados.**

Plan HMO

❑ **189**

Primer nombre del empleado	Inicial	Apellido(s)	❑ M ❑ F	Fecha de nac. / /	**Núm. de la instalación**

Domicilio del empleado: Núm. y Calle	Ciudad	Estado	Código postal	Núm. de seguro social del empleado

Tel. particular	Tel. del trabajo	División/Departamento/Clase	Fecha de contratación
( )	( )		/ /

Dependientes que deben ser cubiertos:

Primer nombre	Inicial	Apellido (si fuera diferente)	Vínculo	Sexo	Fecha de nac.	**Núm. de la instalación**
Cónyuge				❑ M ❑ F	/ /	
Hijo(s)				❑ M ❑ F	/ /	
				❑ M ❑ F	/ /	
				❑ M ❑ F	/ /	

Marque la casilla que corresponda y siga las instrucciones.

❑ ¿Está cubriendo a más de tres hijos? **Por favor, si son más de tres, continúe la lista en otro Formulario de Registro.**

❑ ¿El domicilio de algún hijo es diferente al del miembro? **Indique el nombre y domicilio de dicho hijo al dorso de este formulario.**

❑ ¿Está solicitando cobertura para un niño dependiente que no sea su hijo o hija? **Remita los documentos legales pertinentes a la custodia de dicho(a) niño(a).**

❑ ¿Está solicitando cobertura para un hijo dependiente mayor de 25 años de edad? **Proporcione prueba de la incapacidad de dicho hijo dentro de 31 días de la Fecha de Efectividad.**

❑ Marque esta casilla si usted sufre una incapacidad que afecte su capacidad de comunicarse o de leer.

Por favor, indique el idioma que mejor domina marcando la casilla correspondiente: ❑ Inglés ❑ Español ❑ Otro

❑ **Elijo no solicitar la cobertura para mí o mis dependientes y mediante este documento rechazo la cobertura estipulada bajo los precitados planes.**

Firma:_____ **Fecha:**_____

A mi mejor saber y entender manifiesto que cada una de las declaraciones y respuestas proporcionadas en este formulario es completa y verídica y que dichas declaraciones y respuestas constituyen la única base, así como el incentivo, para la emisión de cualquier cobertura. Favor de leer la siguiente declaración y firmar en el espacio correspondiente.

El Plan HMO (Organización Privada de Asistencia Médica — HMO por sus siglas en inglés) es suministrado por United Dental Care of Texas, Inc. y administrado por Union Security Insurance Company.

Por medio de la presente solicito este Plan dental para mí y los precitados dependientes que califiquen para el mismo. Autorizo al Grupo previamente indicado a efectuar las deducciones correspondientes a mi contribución hacia este Plan, si hubiera alguna. Me comprometo, en torno a mi persona y los precitados dependientes que califiquen, a regirnos por las reglas y regulaciones del Plan y las estipulaciones y condiciones del Convenio del Plan Colectivo de Servicios Dentales *(Group Dental Service Agreement).* Autorizo a cualquier dentista, médico, hospital o cualquier otro proveedor de atención médica, autorizado bajo licencia, a proporcionar a United Dental Care of Texas, Inc., Union Security Insurance Company y a sus compañías dentales afiliadas cualquier información requerida de carácter dental o médico pertinente a mi persona o los precitados dependientes que califiquen, según fuera permitido por ley. Manifiesto que la información proporcionada es verídica, correcta y basada en mi mejor saber y entender. Además, reconozco y acepto que mi cobertura y beneficios podrían ser afectados si la información proporcionada no fuera completa y correcta. Le notificaré oportunamente cualquier cambio en esta información al representante del Plan y de mi Grupo. La autorización no está reglamentada por la HIPAA *(Health Insurance Portability and Accountability Act)*. No obstante, si fuera necesario, se me podría requerir llenar un formulario de autorización de la HIPAA, permitiendo a United Dental Care of Texas, Inc., Union Security Insurance Company y a sus compañías dentales afiliadas utilizar y divulgar información protegida de carácter médico. **ADVERTENCIA IMPORTANTE: El suministro de información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros en forma deliberada y con la finalidad de defraudar a la misma, es un delito. Las penalidades comprenden la privación de la libertad, la aplicación de multas y la denegación de los beneficios.**

Firma:_____ **Fecha:**_____