

Plan Dental PPO Voluntario

Buenas noticias acerca de los beneficios dentales para los empleados de
Earnhardt Management Company

Su Plan Dental

Como empleado valioso de Earnhardt Management Company, usted tiene la oportunidad de registrarse para un programa dental pagado mediante deducciones contra la nómina de sueldo.

Ventajas del Plan:

- El privilegio de elegir cualquier dentista o especialista
- Opciones PPO disponibles¹
- Tarifa mensual garantizada por 12 meses
- Programa para el cuidado de la visión incluye acceso a descuentos (incluso exámenes para lentes de contacto)

Cómo Funciona el Plan

Este plan dental ofrece una variedad de beneficios, con la ventaja de que usted y su familia puedan disponer de los servicios de dentistas o especialistas de su preferencia. Los beneficios serán pagados después de que la cantidad máxima anual de cualquier deducible aplicable haya sido saldada. Las reclamaciones pueden ser pagadas a usted o a su dentista, como usted lo prefiera.

Usted podrá localizar a un proveedor afiliado a la *Dental Health Alliance* (DHA, por sus siglas en inglés) a través del sitio Web de Assurant Employee Benefits www.assurantemployeebenefits.com – haciendo clic sobre “For Members” – luego clic sobre “Find a dentist” y luego sobre – “Dental Health Alliance”. O sírvase llamar al centro de servicio al cliente marcando el 800.442.7742.

IMPORTANTE:

La cobertura para los empleados que reúnan los requisitos para la misma comenzará el October 1, 2016. Usted tendrá que registrarse dentro del período inicial de registro. De lo contrario perderá esta oportunidad y tendrá que esperar hasta la próxima fecha del aniversario del plan.

¹Usted podrá acudir al dentista o especialista de su preferencia. No obstante, si optara por acudir a un dentista de [the Assurant® Dental Network/Assurant Focus Dental NetworkSM], la red de su plan PPO, usted podrá ahorrar más. Es decir, acudiendo a un dentista de la red la cantidad que usted tendrá que pagar de su bolsillo sería menor. Por lo tanto, su máximo anual le rendirá mucho más.

El plan conlleva restricciones sobre la frecuencia de ciertos servicios, limitaciones y períodos de espera.

Esta notificación aplica a los empleadores

Esta cobertura no incluye el beneficio de salud esencial para la atención dental pediátrica requerido bajo la Ley Federal para la Protección del Paciente y para Atención Accesible (*Federal Patient Protection and Affordable Care Act*).

Los productos de seguro comercializados por Assurant Employee Benefits son suscritos por Union Security Insurance Company.

Ahorros que usted puede ver

Deducción bi-mensual contra su cheque de pago

Empleado	\$20.34
Empleado + Cónyuge	\$39.78
Empleado + Hijo(s)	\$46.30
Empleado + Familia	\$69.88

Freedom Preferred-PPO

Beneficio máximo:	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Por Persona, por cada Año de la Póliza	\$1,500	\$1,500
Porcentaje del coseguro, por persona:		
Servicios Dentales, Tipo I	100%	100%
Servicios Dentales, Tipo II	90%	80%
Servicios Dentales, Tipo III	60%	50%
Deducible:		
Por Persona, por cada Año de la Póliza	\$50	\$50
Exento para los Servicios Tipo I.	Sí	Sí

Los servicios dentales preventivos del Tipo I incluyen:

- ◆ Evaluación bucal — una vez en cualquier período de 6 meses
- ◆ Limpieza dental rutinaria — una vez en cualquier período de 6 meses
- ◆ Tratamientos de fluoruro — una vez en cualquier período de 12 meses
Únicamente para niños menores de 14 años de edad
- ◆ Sellador de fisuras dentales — No más de uno por cada diente por persona y únicamente para muelas permanentes
Únicamente para niños menores de 16 años de edad
- ◆ Mantenedores de espacio
Únicamente para niños menores de 16 años de edad
- ◆ Radiografías de aleta de mordida - una vez en cualquier período de 12 meses

Los servicios dentales básicos del Tipo II incluyen:

- ◆ Radiografías:
 - ◆ Serie panorámica o completa — una vez en cualquier período de 60 meses
 - ◆ Otras radiografías (Refiérase al Certificado de Seguro.)
- ◆ Empastes nuevos
- ◆ Reemplazo de empastes — una vez en cualquier período de 24 meses por cada empaste
- ◆ Extracciones simples, resección de raíces expuestas, incisión y drenaje
- ◆ Ciertos análisis de laboratorio, tratamiento contra el dolor, inyecciones de fármacos terapéuticos
- ◆ Endodoncia (incluye tratamiento del conducto radicular, es decir, de la raíz del diente)
- ◆ Retratamiento endodóntico (cubierto después de 24 meses desde el tratamiento inicial)
- ◆ Tratamiento de enfermedad leve de las encías: (Periodoncia sencilla)
 - ◆ Ferulización provisional, ajuste oclusal — una vez en cualquier período de 12 meses
 - ◆ Raspado y alisado radicular — una vez en cualquier período de 24 meses

- ◆ Mantenimiento periodontal — una vez en cualquier período de 6 meses consecutivos
- ◆ Tratamiento de enfermedad grave de las encías: (Periodoncia compleja)
- ◆ Gingivectomía, cirugía ósea, otras intervenciones periodontales complejas — una vez en cualquier período de 36 meses por área

Los servicios dentales mayores del Tipo III incluyen:

- ◆ Cirugía oral compleja; anestesia general y sedación endovenosa cuando fuere médicamente requerida para dicha cirugía
- ◆ Biopsia (incluso biopsia de cepillo)
- ◆ Acoplamiento inicial, reemplazo y mantenimiento de incrustaciones, recubrimientos, coronas, dentaduras parciales fijas (puentes) y dentaduras parciales y completas

Períodos de espera aplicables a ciertos servicios efectividad

Desde la fecha de

Restauraciones, recementación de dentaduras parciales fijas (puentes), Inlays, onlays o coronas	Ninguno
Lesiones accidentales, no relacionadas con la mordida	Ninguno
Todo servicio relacionado con endodoncia (incluye tratamiento del conducto radicular, es decir, de la raíz del diente)	Ninguno
Coronas de acero inoxidable o plástico	Ninguno
Únicamente para hijos menores de 16 años de edad	Ninguno
Revestimiento, rebase, ajuste de dentaduras postizas	Ninguno
Cirugía bucal compleja	Ninguno
Todo servicio relacionado con periodoncia menor y mayor	Ninguno
Coronas, inlays, onlays, o laminados de porcelana,	Ninguno
Dentaduras postizas (parciales o completas)	Ninguno
Dentaduras parciales fijas (puentes) o moldes diagnósticos	Ninguno

Períodos de Espera para Solicitantes Fuera de Plazo

Servicios Dentales, Tipo II	12 meses
Servicios Dentales, Tipo III	24 meses

Otras Disposiciones de la Póliza

Ajustes en los Beneficios

Los beneficios serán coordinados con los de cualquier otro plan de cobertura dental. Bajo la disposición titulada Tratamiento Alternativo (Alternative Treatment), los beneficios serán pagados por servicios o suministros más económicos, siempre y cuando cumplan con los preceptos generalmente aceptados en la práctica de odontología. Si el costo de un Plan de Tratamiento Dental propuesto excediera de \$300, dicho plan deberá ser remitido para obtener una cotización de los beneficios indemnizables.

Asegurabilidad

Las siguientes personas califican para este plan: Empleado de tiempo completo, cónyuge e hijos solteros dependientes menores de los 19 años de edad ó 25 años si fueran estudiantes de tiempo completo.

Solicitante Fuera de Plazo

Si usted eligiera su cobertura después de 31 días subsiguientes a su Fecha de Asegurabilidad (es decir, después de la fecha en que usted reúna los requisitos para solicitar la cobertura) la Fecha de Efectividad de su cobertura será pospuesta hasta el próximo Aniversario del plan.

Este documento representa únicamente una breve descripción de la cobertura disponible. No es un Certificado de Cobertura. Favor de referirse a la Póliza Colectiva, ya que los derechos, beneficios, limitaciones y exclusiones inherentes a la cobertura se detallan exclusivamente en la misma. Nosotros y el titular de la póliza se reservan la opción de cancelar la póliza colectiva.

Limitaciones y Exclusiones

Los beneficios no serán pagados por:

Tratamiento que no fuere dentalmente necesario, que no fuere aprobado uniformemente por la cátedra de odontología o que fuere de carácter experimental o exploratorio; tratamiento de la articulación temporomandibular; tratamiento relacionado con la modificación o retención de la dimensión vertical, alteración o restauración de la oclusión, registro o análisis de la mordida; tratamiento que no conlleve un pronóstico razonablemente favorable; tratamiento que fuere primordialmente de carácter estético; reemplazo de dientes naturales perdidos antes de la fecha de efectividad del seguro; ortodoncia, a menos que dicho tratamiento fuere indicado en la lista de servicios dentales cubiertos.

Tratamiento que no fuere indicado en la lista de servicios dentales cubiertos; tratamiento iniciado antes de la fecha de comienzo del seguro; tratamiento iniciado antes de haberse cumplido cualquier período de espera aplicable; tratamiento concluido después de la fecha de terminación del seguro; protectores bucales para atletas; reemplazo de piezas o prótesis perdidas o robadas; terapia miofuncional; control de infecciones; instrucción sobre higiene bucal; incumplimiento con citas; tramitación de formularios de reclamación; exámenes requeridos por terceros; tiempo tomado para acudir a consultorios; costo de transportación; asesoramiento profesional brindado por vía telefónica.

Tratamiento recibido por concepto de una guerra, motín, asalto o delito; tratamiento por lesiones relacionadas con el trabajo; tratamiento de lesiones autoinfligidas intencionalmente; tratamiento dispensado fuera de los Estados Unidos de América, salvo tratamiento odontológico de carácter urgente; tratamiento proporcionado por la empresa que contrata al empleado o un miembro de su familia inmediata; tratamiento por el cual no se hubiere cobrado cargo alguno en la ausencia de seguro; tratamiento por el cual el asegurado no tuviera que pagar; tratamiento que no haya sido proporcionado a y aceptado por el asegurado.

ADVERTENCIA

Aunque este [documento, folleto etc.] fue traducido al español, la / el [póliza / plan de seguro] promocionado y comprado está disponible únicamente en inglés, así mismo todo otro documento podría ser emitido únicamente en inglés. La /el [póliza/ plan de seguro] emitido en inglés es el documento reglamentario y ningún material publicitario o informativo constituirá modificación o cambio alguno a la / al [póliza / plan de seguro].

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 expedida en inglés. Además, nosotros nos reservamos el derecho de corregir cualquier error en este documento.

Tarjeta de Registro para Seguro Colectivo

ADVERTENCIAS REFERENTES AL FRAUDE

Favor de leer las siguientes advertencias antes de llenar el formulario adjunto.

☛ **La siguiente advertencia aplica a todo residente de los estados de Arkansas o Louisiana:**

Cualquier persona que remita una reclamación falsa o fraudulenta para recaudar beneficios o retribución por una pérdida o que proporcione información falsa en una solicitud para seguro, será culpable de haber cometido un delito y podrá estar sujeta a la aplicación de multas y a la reclusión en una prisión, si dicha reclamación o información fuere remitida o proporcionada deliberadamente.

☛ **La siguiente advertencia aplica a todo residente del estado de California:**

Para su protección la ley del estado de California requiere que la siguiente advertencia aparezca en el formulario:

Cualquier persona que remita una reclamación falsa o fraudulenta con la finalidad de recaudar retribución por concepto de una pérdida, será culpable de haber cometido un delito y podrá estar sujeta a la aplicación de multas y a la reclusión en una prisión estatal, si dicha reclamación fuere remitida deliberadamente.

☛ **La siguiente advertencia aplica a todo residente del estado de Colorado:**

El suministro de información o datos falsos, incompletos o dolosos a una compañía de seguros con la finalidad o intento de defraudar a la misma es considerado un acto ilícito, si dicha información o datos fueren remitidos deliberadamente.

Las penalidades pueden comprender la privación de la libertad, la aplicación de multas, la denegación de los beneficios derivados del seguro y la aplicación de sanciones por daños y perjuicios. Cualquier compañía o agente de seguros que proporcione información o datos falsos, incompletos o dolosos al titular de una póliza de seguros o a un reclamante, con la finalidad o intención de defraudar a los mismos, en torno a la liquidación o adjudicación de los réditos de seguro, será reportado al *Colorado Division of Insurance* el cual forma parte del *Department of Regulatory Agencies* si dicha información o datos fueren proporcionados deliberadamente.

☛ **La siguiente advertencia aplica a todo residente del Distrito de Columbia:**

ADVERTENCIA: El suministro de información falsa o dolosa a una compañía de seguros con la finalidad de defraudar a la misma o a cualquier otra persona es un delito. Las penalidades comprenden la privación de la libertad y/o aplicación de multas. Asimismo, una compañía de seguros podrá denegar el pago de los beneficios provenientes de un contrato de seguro, si el solicitante suministrara información falsa materialmente relacionada con la reclamación de dichos beneficios.

☛ **La siguiente advertencia aplica a todo residente del estado de Florida:**

Cualquier persona que remita una declaración relacionada con una reclamación o una solicitud con información falsa, incompleta o dolosa, será culpable de haber cometido un delito del tercer grado, si dicha documentación fuere remitida deliberadamente y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros.

☛ **La siguiente advertencia aplica a todo residente de los estados de Kansas, Maryland u Oregon:**

Cualquier persona que remita una solicitud o una reclamación con información falsa o dolosa podrá ser culpable de haber cometido fraude contra la industria de seguros, si dichos documentos fueren remitidos con la intención de defraudar o con el conocimiento de que se está cometiendo un acto fraudulento contra una compañía de seguros.

☛ **La siguiente advertencia aplica a todo residente del estado de New Jersey:**

Cualquier persona que proporcione información falsa o dolosa en una solicitud para una póliza de seguro estará sujeta a la aplicación de penalidades criminales y civiles.

☛ **La siguiente advertencia aplica a todo residente del estado de Virginia:**

Cualquier persona que remita una solicitud o una reclamación con información falsa o dolosa podrá ser considerada culpable de haber violado la ley estatal, si dichos documentos fueren remitidos con la intención de defraudar o con el conocimiento de que se está cometiendo un acto fraudulento contra una compañía de seguros.

☛ **La siguiente advertencia aplica a todo residente de cualquier estado que no haya sido mencionado con antelación:**

Cualquier persona que remita una solicitud para seguro o una declaración relacionada con una reclamación con información materialmente falsa o que oculte datos materialmente relacionados con dicha documentación con la finalidad de engañar, habrá cometido un acto fraudulento contra la industria de seguros, si dichos documentos fueren remitidos deliberadamente y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a cualquier otra persona. Dichos actos son delitos que exponen a dicha persona a la aplicación de penalidades criminales y civiles.

Para evitar demoras innecesarias, asegúrese de llenar todas y cada una de las partes del Formulario de Solicitud.

Descuentos sobre Servicios y Artículos Optométricos



ACCESS PLAN

Su plan dental incluye un plan de descuentos sobre servicios y artículos optométricos suministrados a través de Vision Service Plan (VSP). El plan incluye descuentos sobre análisis de la vista y la compra de lentes regulares, lentes de contacto, gafas de sol y otros servicios optométricos ordenados bajo receta médica, siempre y cuando dichos servicios fueren dispensados por Doctores Integrados al VSP. ¡VSP está disponible para usted y para cualquier otra persona cubierta bajo su plan dental!

Servicios disponibles a través de los Doctores Integrados al VSP

- **Análisis de la vista** – un descuento del 20% es aplicado a los honorarios convencionalmente cobrados por los Doctores Integrados al VSP por los análisis de la vista¹
- **Lentes regulares** – un descuento del 20% es aplicado al precio convencionalmente cobrado por los Doctores Integrados al VSP por la dispensación de un par de lentes recetados además de opciones para la compra de espejuelos²
- **Lentes de contacto** – Descuento del 15% sobre el costo de los exámenes para lentes de contacto practicados por doctores integrados a la red VSP.
- **Laser VisionCareSM** — VSP ha celebrado contratos con un gran número de centros y doctores que practican cirugías láser a través de todo el país, los cuales ofrecen descuentos por cirugía PRK y LASIK

Otras ventajas del plan

- Comenzará a ahorrar inmediatamente, si acude a los Doctores Integrados al VSP
- La aplicación de los descuentos no conlleva limitación alguna
- No conlleva ningún período de espera
- No se aplica ningún deducible
- No tendrá que llenar ningún formulario de reclamación

Cómo Utilizar el Plan VSP

- 1 Ubique el Doctor Integrado al VSP más cercano. Búsquelo en nuestro web site, www.vsp.com o llame al **1-800-877-7195** para obtener un directorio de los Doctores Integrados al VSP.
- 2 Identifíquese como Miembro del VSP y tenga disponible el número de seguro social del miembro registrado bajo el plan al hacer su cita. (El Doctor Integrado al VSP verificará su afiliación al plan y el tipo de cobertura y obtendrá autorización para los servicios y materiales. Si usted no calificara para los servicios, dicho doctor es responsable de decírselo.)
- 3 La cantidad de los honorarios será reducida automáticamente al momento de dispensar el servicio – sin tener que llenar formulario de reclamación alguno.

ESTE PLAN DE DESCUENTOS POR SERVICIOS Y ARTÍCULOS OPTOMÉTRICOS NO ES UN CONTRATO DE SEGURO.

¹Advertencia: No aplica a los servicios relacionados con lentes de contacto. Refiérase a la sección referente a lentes de contacto para obtener información sobre los descuentos aplicables.

²Los descuentos se ofrecen únicamente por análisis de la vista practicados por Doctores Integrados al VSP dentro de los últimos 12 meses.

Línea telefónica de servicio para Miembros del Plan VSP: 1-800-877-7195
Visite nuestro web site, www.vsp.com.

Plan Dental Prepagado (*Prepaid Dental*)

Buenas noticias acerca de los beneficios dentales para los empleados de

Earnhardt Management Company

Un Plan Dental Brinda

Sonrisas Saludables

Como empleado valioso, Assurant Employee Benefits* se complace en ofrecerle la oportunidad de registrarse para un plan de beneficios dentales suministrado por United Dental Care of Arizona, 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
- Cobertura para condiciones preexistente
- Ningún Formulario de Reclamación tendrá que ser remitido por los servicios dispensados por los Dentistas y Especialistas Integrados al Plan
- No se requerirá que sea referido a los servicios de los Especialistas
- Ninguna limitación anual sobre los servicios dispensados por los Dentistas y Especialistas Integrados al Plan

Información importante referente al registro

Para registrarse siga los siguientes 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 esté integrado al plan. Usted tendrá que elegir un Dentista Integrado al Plan para recibir servicios dentales. Salvo por algunos servicios de especialistas, todo servicio tendrá que ser proporcionado por dicho Dentista Integrado al Plan elegido. Usted podrá cambiar su Dentista Integrado al Plan durante el Año de Vigencia del Plan a tenor de lo estipulado en el convenio colectivo. No obstante, todos los servicios tendrán que ser proporcionados por un Proveedor Integrado al Plan.
2. Llene el formulario de registro incluido con esta correspondencia. Asegúrese de anotar el Número del Consultorio Dental (Dental Facility Number) de cada Dentista Integrado al 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 la deducción de las primas correspondientes a su cobertura contra su cheque de pago.

Búsqueda de Proveedores

Usted podrá ubicar a uno de los proveedores dentales integrados a la red Heritage Series Provider Network en el sitio Web de Assurant Employee Benefits, www.assurantemployeebenefits.com, haciendo clic sobre el link “Provider Search” y luego sobre Heritage Series. La disponibilidad de los Dentistas y Especialistas Integrados al Plan variará dependiendo del área geográfica.

Si tiene alguna pregunta, llame al Centro de Servicio al Cliente marcando el 1.800.443.2995.

***Los beneficios son suministrados por United Dental Care of Arizona, Inc., comercializados por Assurant Employee Benefits y administrados por Union Security Insurance Company.**

Ahorros que usted puede ver

Deducción bi-mensual contra su cheque de pago†

Empleado.....	\$6.93
Empleado + Cónyuge.....	\$11.27
Empleado + Hijo(s).....	\$15.29
Empleado + Familia.....	\$17.94

†Podría ser cambiada de conformidad con lo estipulado en el Convenio del Plan Colectivo de Servicios Dentales. El costo incluye el Beneficio para Servicios de Especialistas (SBA por sus siglas en inglés).

La siguiente lista abarca los tratamientos dentales comúnmente administrados. No representa el documento de Evidencia de Cobertura. Después de registrarse, una lista completa de los copagos aplicables le será proporcionada junto con su Evidencia de Cobertura.

Plus Plan

1. Servicios de los Dentistas Integrados al Plan

Los servicios dentales detallados en el siguiente Cuadro serán cubiertos, siempre y cuando sean dispensados por los Dentistas Integrados al Plan elegidos por los miembros. El Miembro tendrá que pagar la cantidad que aparece bajo la columna "Copago del Miembro" (más cualquier cargo relacionado con los servicios de laboratorio que fuese aplicable*) cuando el servicio sea dispensado o de acuerdo con los procedimientos de facturación de dicho dentista. Para comprender a fondo los beneficios, exclusiones y limitaciones de este plan, le recomendamos al Miembro que consulte el documento Evidencia de Cobertura.

Los servicios marcados con un solo asterisco (*) requieren un pago adicional por concepto de los servicios de laboratorio. Dicho cargo será cobrado por separado. Estos cargos tendrán que ser pagados al Dentista Integrado al Plan junto con cualquier copago aplicable al servicio proporcionado.

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

2. Servicios de Especialistas Dental Integrados al Plan

Refiérase al Cuadro de Copagos correspondiente a la Enmienda de Beneficios para Servicios de Especialistas incorporado a este documento.

Código ADA**	Descripción del Servicio**	Copago del Miembro
Citas		
Ninguno	Consulta - durante las horas de servicio regularmente programadas***	10.00
D0120	Evaluación bucal periódica (una vez en cualquier período de 6 meses calendarios)	Ningún cargo
D0140	Evaluación bucal limitada - enfocándose en un problema en particular	20.00
D0150	Evaluación bucal integral - paciente nuevo o establecido (una vez en cualquier período de 6 meses calendarios)	Ningún cargo
D0160	Evaluación bucal detallada y extensiva - enfocándose en un problema en particular	15.00
D0170	Reevaluación - limitada, por concepto de un problema particular (paciente establecido; consulta no pos-quirúrgica)	15.00
D0180	Evaluación periodontal integral - paciente nuevo o establecido	15.00
Ninguno	Incumplimiento con citas sin cancelarlas dentro de 24 horas***	20.00
D9310	Consulta (servicio diagnóstico por un dentista que no fuese el dentista que dispensa el tratamiento)	55.00
D9440	Consulta - después de las horas de servicio regularmente programadas	40.00
Odontología diagnóstica		
D0210	Radiografía: intrabucal - serie completa (incluso las aletas mordibles) (una vez en cualquier período de 3 años calendarios)	Ningún cargo
D0220	Radiografía: intrabucal - periapical, primera placa	Ningún cargo
D0230	Radiografía: intrabucal - periapical, cada placa adicional	Ningún cargo
D0240	Radiografía: intrabucal - placa oclusal	Ningún cargo
D0250	Radiografía: extrabucal - primera placa	Ningún cargo
D0260	Radiografía: extrabucal - cada placa adicional	Ningún cargo
D0270	Radiografía: aleta mordible - una sola placa	Ningún cargo
D0272	Radiografía: aleta mordible - dos placas (una vez en cualquier período de 6 meses calendarios)	Ningún cargo
D0274	Radiografía: aleta mordible - cuatro placas (una vez en cualquier período de 6 meses calendarios)	Ningún cargo
D0277	Radiografía: aleta mordible vertical - 7 a 8 placas	Ningún cargo
D0330	Radiografía: placa panorámica (una vez en cualquier período de 3 años calendarios)	5.00
D0415	Estudios bacterianos para determinar agentes patológicos	Ningún cargo
D0425	Pruebas de susceptibilidad a caries	Ningún cargo

D0460	Pruebas de vitalidad de la pulpa	Ningún cargo
	Odontología preventiva	
D1110	Profilaxis - adulto (una vez en cualquier período de 6 meses calendarios).....	5.00
D1120	Profilaxis - niño (una vez en cualquier período de 6 meses calendarios).....	5.00
D1203	Aplicación tópica de fluoruro (sin profilaxis) - niño.....	Ningún cargo
D1310	Consejería nutricional para el control de enfermedad dental.....	Ningún cargo
D1330	Instrucciones sobre higiene bucal.....	Ningún cargo
D1351	Sellador de fisuras dentales - por cada diente.....	15.00
D1510*	Mantenedor de espacio - fijo - unilateral.....	70.00
D1515*	Mantenedor de espacio - fijo - bilateral.....	70.00
D1520*	Mantenedor de espacio - desmontable - unilateral.....	90.00
D1525*	Mantenedor de espacio - desmontable - bilateral.....	105.00
D1550	Recementación de mantenedor de espacio.....	15.00
Ninguno	Profilaxis adicional***.....	30.00
	Odontología restaurativa	
D2140	Amalgama - una superficie, primaria o permanente.....	20.00
D2150	Amalgama - dos superficies, primarias o permanentes.....	25.00
D2160	Amalgama - tres superficies, primarias o permanentes.....	35.00
D2161	Amalgama - cuatro o más superficies, primarias o permanentes.....	45.00
D2330	Resina compuesta - una superficie, anterior.....	35.00
D2331	Resina compuesta - dos superficies, anteriores.....	45.00
D2332	Resina compuesta - tres superficies, anteriores.....	55.00
D2335	Resina compuesta - cuatro o más superficies o implicando incisión angular (anterior).....	70.00
D2391	Resina compuesta - una superficie, posterior.....	75.00
D2392	Resina compuesta - dos superficies, posteriores.....	80.00
D2393	Resina compuesta - tres superficies, posteriores.....	95.00
D2394	Resina compuesta - cuatro o más superficies, posteriores.....	110.00
D2510*	Inlay - metálica - una superficie.....	230.00
D2520*	Inlay - metálica - dos superficies.....	255.00
D2530*	Inlay - metálica - tres o más superficies.....	285.00
D2542*	Onlay - metálica - dos superficies.....	280.00
D2543*	Onlay - metálica - tres superficies.....	295.00
D2544*	Onlay - metálica - cuatro o más superficies.....	320.00
D2610*	Inlay - de porcelana/cerámica - una superficie.....	265.00
D2620*	Inlay - de porcelana/cerámica, dos superficies.....	285.00
D2630*	Inlay - de porcelana/cerámica, tres o más superficies.....	305.00
D2740*	Corona - de sustrato de cerámica/porcelana.....	265.00
D2750*	Corona - de porcelana fusionada a metal de alta nobleza.....	265.00
D2751*	Corona - de porcelana fusionada primordialmente a metal básico.....	265.00
D2752*	Corona - de porcelana fusionada a metal noble.....	265.00
D2790*	Corona - completa moldeada de metal de alta nobleza.....	265.00
D2791*	Corona - completa moldeada primordialmente de metal básico.....	265.00
D2792*	Corona - completa moldeada de metal noble.....	265.00
D2910	Recementación de incrustaciones (inlay).....	20.00
D2920	Recementación de corona.....	20.00
D2930	Corona de acero inoxidable prefabricada - diente primario.....	80.00
D2940	Sedación para empaste.....	25.00
D2950	Extensión de muñón, incluso cualquier clavija.....	50.00
D2951	Retención de clavija - por cada diente, además de restauración.....	20.00
D2952*	Perno y muñón moldeado, además de corona.....	110.00
D2954	Perno y muñón prefabricado, además de corona.....	80.00
D2962*	Laminado labial (laminado de porcelana) - laboratorio.....	320.00
D2980	Reparación de corona.....	25.00
Ninguno	Empaste temporal***.....	20.00
	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 pulpar hasta la unión dentinocemental y administración de medicamento.....	40.00
D3310	Tratamiento de la raíz del diente: anterior (sin restauración final).....	125.00
D3320	Tratamiento de la raíz del diente: bicúspide (sin restauración final).....	220.00
D3330	Tratamiento de la raíz del diente: muela (sin restauración final).....	275.00
D3346	Retratamiento de endodoncia previa - anterior.....	325.00
D3347	Retratamiento de endodoncia previa - bicúspide.....	385.00
D3348	Retratamiento de endodoncia previa - molar.....	465.00
D3410	Apicoectomía/cirugía periradicular - anterior.....	150.00
D3421	Apicoectomía/cirugía periradicular - bicúspide (primera raíz).....	180.00

Proceda a la próxima página

D3425	Apicoectomía/cirugía periradicular - molar (primera raíz)	220.00
D3426	Apicoectomía/cirugía periradicular (cada raíz adicional).....	100.00
D3430	Empaste retrógrado - por cada raíz	55.00
D3450	Amputación de raíz - por cada raíz	100.00
D3920	Hemisección (incluso cualquier extracción de raíz), sin tratamiento de la raíz del diente	100.00
	Periodoncia	
D4210	Gingivectomía o gingivoplastia, cuatro o más dientes contiguos o espacios entre dientes cementados (bounded), por cada cuadrante	150.00
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia, uno a tres dientes, por cada cuadrante.....	65.00
D4240	Intervención para colgajo gingival y escariado del conducto radicular - cuatro ó más dientes contiguos o espacios entre dientes cementados (bounded), por cada cuadrante	140.00
D4241	Intervención para colgajo gingival con escariado del conducto radicular - uno a tres dientes, por cada cuadrante	100.00
D4260	Cirugía ósea (incluso el colgajo y sutura) - cuatro o más dientes contiguos o espacios entre dientes cementados, por cada cuadrante	350.00
D4261	Cirugía ósea (incluso el colgajo y sutura) - uno a tres dientes, por cada cuadrante	203.00
D4320	Ferulización provisional - intracoronal.....	125.00
D4321	Ferulización provisional - extracoronal.....	95.00
D4341	Descamación periodontal y escariado del conducto radicular - cuatro ó más dientes contiguos o espacios entre dientes cementados (bounded), por cada cuadrante	65.00
D4342	Descamación periodontal y escariado del conducto radicular - uno a tres dientes, por cada cuadrante	39.00
D4355	Desbridamiento bucal completo para facilitar evaluación integral y diagnóstico	75.00
D4910	Mantenimiento periodontal	45.00
Ninguno	Instrucciones sobre higiene periodontal***	Ningún cargo
	Prótesis dental removible (dentaduras desmontables)	
D5110*	Dentadura completa - maxilar	365.00
D5120*	Dentadura completa - mandibular	365.00
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).....	375.00
D5212*	Dentadura parcial mandibular - base de resina (incluso cualquier gancho convencional, sostenes de prótesis y dientes).....	375.00
D5213*	Dentadura parcial maxilar - armazón moldeado de metal con base de resina (incluso cualquier gancho convencional, sostenes de prótesis y dientes)	465.00
D5214*	Dentadura parcial mandibular - armazón moldeado de metal con base de resina (incluso cualquier gancho convencional, sostenes de prótesis y dientes)	465.00
D5410	Ajuste de dentadura completa - maxilar.....	30.00
D5411	Ajuste de dentadura completa - mandibular.....	30.00
D5421	Ajuste de dentadura parcial - maxilar	30.00
D5422	Ajuste de dentadura parcial - mandibular.....	30.00
D5510*	Reparación de base de dentadura completa quebrada	40.00
D5610*	Reparación de base de dentadura de resina	40.00
D5620*	Reparación de armazón moldeado	70.00
D5630*	Reparación o reemplazo de gancho quebrado	40.00
D5640*	Reemplazo de diente quebrado, por cada diente	40.00
D5650*	Agregación de dientes a una dentadura artificial parcial	40.00
D5730	Revestimiento de dentadura maxilar completa (en el consultorio)	75.00
D5731	Revestimiento de dentadura mandibular completa (en el consultorio)	75.00
D5740	Revestimiento de dentadura maxilar parcial (en el consultorio)	75.00
D5741	Revestimiento de dentadura mandibular parcial (en el consultorio)	75.00
D5750*	Revestimiento de dentadura maxilar completa (laboratorio).....	110.00
D5751*	Revestimiento de dentadura mandibular completa (laboratorio)	110.00
D5760*	Revestimiento de dentadura maxilar parcial (laboratorio).....	110.00
D5761*	Revestimiento de dentadura mandibular parcial (laboratorio)	110.00
D5850	Condicionamiento de tejido, maxilar	50.00
D5851	Condicionamiento de tejido, mandibular	50.00
D5862	Acoplamiento preciso	150.00
	Prostodoncia fija (puentes o dentaduras parciales fijas)	
D6210*	Póntico - moldeado de metal de alta nobleza	305.00
D6211*	Póntico - moldeado primordialmente de metal básico	305.00
D6212*	Póntico - moldeado de metal noble.....	305.00
D6240*	Póntico - de porcelana fusionada a metal de alta nobleza	305.00
D6241*	Póntico - de porcelana fusionada primordialmente a metal básico.....	305.00
D6242*	Póntico - de porcelana fusionada a metal noble	305.00
D6251*	Corona - de porcelana fusionada a metal de alta nobleza.....	305.00
D6545*	Retenedor - molde de metal para prótesis fija de resina cementada.....	140.00
D6721*	Corona - de resina con metal básico primordialmente.....	305.00
D6750*	Corona - de porcelana fusionada a metal de alta nobleza.....	305.00
D6751*	Corona - de porcelana fusionada primordialmente a metal básico	305.00

Proceda a la próxima página

D6752*	Corona - de porcelana fusionada a metal noble	305.00
D6780*	Corona - 3/4 moldeada de metal de alta nobleza	265.00
D6790*	Corona - completa moldeada de metal de alta nobleza.....	265.00
D6791*	Corona - completa moldeada primordialmente de metal básico.....	265.00
D6792*	Corona - completa moldeada de metal noble	265.00
D6930	Recementación de dentadura parcial fija.....	45.00
D6940	Dispositivo antiestrés	150.00
D6950	Acoplamiento preciso	195.00
D6980*	Reparación de dentadura parcial fija.....	50.00
Ninguno*	Pónico de puente de resina cementada, por unidad***	235.00
Cirugía bucal		
D7111	Extracción de residuos de corona - diente decidido	20.00
D7140	Extracción de diente erupcionado o raíces expuestas (elevación y/o extracción con fórceps)	20.00
D7210	Extracción quirúrgica de diente erupcionado que requiera elevación del colgajo mucoperiosteal y extracción de hueso y/o parte de un diente	55.00
D7220	Extracción de diente impactado - en tejido blando.....	65.00
D7230	Extracción de diente parcialmente impactado - en tejido óseo.....	80.00
D7240	Extracción de diente completamente impactado - en tejido óseo.....	100.00
D7241	Extracción de diente completamente impactado - en tejido óseo, con complicaciones quirúrgicas inusuales.....	135.00
D7250	Extracción quirúrgica de conducto radicular residual (por incisión)	50.00
D7270	Reimplante de diente y/o estabilización de diente accidentalmente avulsionado o desplazado	105.00
D7280	Exposición quirúrgica de diente impactado o no erupcionado para facilitar la erupción.....	100.00
D7310	Alveoloplastia junto con extracciones - por cada cuadrante	100.00
D7320	Alveoloplastia sin extracciones - por cada cuadrante	100.00
D7510	Incisión y drenaje de absceso intrabucal - en tejido blando.....	100.00
D7960	Frenulectomía (frenectomía o frenotomía) - intervención separada	125.00
Anestesia, Analgesia y Sedación		
D9220	Sedación profunda/anestesia general - primeros 30 minutos	185.00
D9230	Analgesia, anxiolisis, inhalación de óxido nitroso	15.00
D9241	Analgesia/sedación endovenosa, consciente - primeros 30 minutos	170.00
D9242	Analgesia/sedación endovenosa, consciente - por cada 15 minutos adicionales	30.00
D9940*	Guarda oclusal	85.00
D9951	Ajuste oclusal - limitado.....	35.00
D9952	Ajuste oclusal - completo	170.00
Blanqueamiento dental		
D9972	Blanqueamiento externo - por cada arco	155.00

Este documento representa únicamente un ejemplar del Cuadro de Copagos para Miembros. No es un documento de 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 Dentistas Integrados al Plan que dispensen los servicios indicados correspondientes. Es posible que el Dentista Integrado al Plan elegido por el Miembro no pueda dispensar todos los servicios indicados. También es posible que los Especialistas Integrados al Plan no puedan dispensar u ofrecer todos los servicios indicados. La disponibilidad y afiliación de los Dentistas Integrados al Plan está sujeta 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 por la American Dental Association (ADA) y utilizados bajo permiso. *Current Dental* © American Dental Association.

***Servicio que no conlleva un código o descripción de la American Dental Association Current Dental Terminology.

Enmienda para Beneficio de Especialistas

Cuadro de Copagos para *Heritage Series*

Cómo Funciona la Enmienda para Beneficio de Especialistas (SBA por sus siglas en inglés)

Si requiriera la atención de un especialista de atención odontológica, usted podrá recibir dicha atención sin tener que ser referido por su Dentista Integrado al Plan.

Para ubicar a uno de los Especialistas Integrados al Plan (tanto los que acepten o los que no acepten esta enmienda), refiérase al directorio de proveedores. Los Especialistas SBA Integrados al Plan que aceptan este beneficio, conocidos en inglés como *SBA Plan Specialists*, son identificados con la letra "S". Todo otro especialista, conocido en inglés como *Non-SBA Plan Specialist*, no acepta el beneficio y son identificados como "Non-SBA". Alternativamente, usted puede ubicar a los especialistas en el sitio Web, www.assurantemployeebenefits.com (haciendo clic sobre "Provider Search" y luego sobre "Heritage Series"). Para información más detallada sobre esta enmienda o para asistencia en la ubicación de un Especialista Integrado al Plan, sírvase llamar al Centro de Servicio al Cliente, marcando el 800.443.2995.

Si acude a un Especialista SBA Integrado al Plan (un especialista integrado a la red de proveedores que acepta los copagos a tenor de la SBA) para los servicios indicados en el cuadro que aparece a continuación, usted pagará el Copago del Miembro correspondiente indicado en la columna "**Copago por Especialista SBA Integrado al Plan**" al recibir el servicio.

Todo **otro** servicio dispensado por un Especialista SBA Integrado al Plan y **todo** servicio dispensado por un Especialista Non-SBA Integrado al Plan (un especialista integrado a la red de proveedores que **no** acepta los copagos a tenor de la SBA) será proporcionado con un descuento sobre el cargo convencionalmente cobrado por dicho Especialista Integrado al Plan. Un descuento del 15% será aplicado si la especialidad de dicho Especialista Integrado al Plan fuese endodoncia. Un descuento del 25% será aplicado por concepto de cualquier otro tipo de especialidad, incluso, entre otras, la ortodoncia. Usted tendrá que pagar la totalidad del cargo descontado cuando el servicio sea dispensado o de acuerdo con los procedimientos de facturación del Especialista Integrado al Plan.

El pago por cada servicio dispensado por un Especialista Fuera del Plan (un especialista que **no** está integrado a la red de proveedores del plan), basado en el cargo convencionalmente cobrado por dicho especialista, es su responsabilidad. Esto no aplica a los beneficios limitados del plan para servicios de emergencia dental cubiertos destinados al alivio temporal de dolor.

Código ADA**	Descripción del Servicio**	Copago por Especialista SBA Integrado al Plan
Citas		
140	Evaluación bucal limitada - enfocándose en un problema en particular	35.00
150	Evaluación bucal integral - paciente nuevo o establecido (una vez en cualquier período de 6 meses calendarios)	45.00
160	Evaluación bucal detallada y extensiva - enfocándose en un problema en particular	67.00
170	Reevaluación - limitada, enfocándose en un problema en particular (paciente establecido; consulta no pos-quirúrgica)	35.00
180	Evaluación periodontal integral - paciente nuevo o establecido	80.00
Endodoncia (conducto radicular)		
3320	Tratamiento de la raíz del diente: bicúspide (sin restauración final)	280.00
3330	Tratamiento de la raíz del diente: muela (sin restauración final)	395.00
3346	Retratamiento de endodoncia previa - anterior	360.00
3347	Retratamiento de endodoncia previa - bicúspide	525.00
3348	Retratamiento de endodoncia previa - molar	545.00
3410	Apicoectomía/cirugía periradicular - anterior	265.00
3421	Apicoectomía/cirugía periradicular - bicúspide (primera raíz)	280.00
3425	Apicoectomía/cirugía periradicular - molar (primera raíz)	310.00
3430	Empaste retrógrado - por cada raíz	90.00
Periodoncia		
4210	Gingivectomía o gingivoplastia, cuatro o más dientes contiguos o espacios entre dientes cementados (<i>bounded</i>), por cada cuadrante	355.00
4211	Gingivectomía o gingivoplastia, uno a tres dientes, por cada cuadrante	100.00
4260	Cirugía ósea (incluso el colgajo y sutura) - cuatro o más dientes contiguos o espacios entre dientes cementados, por cada cuadrante	495.00
4261	Cirugía ósea (incluso el colgajo y sutura) - uno a tres dientes, por cada cuadrante	215.00
4341	Descamación periodontal y esariado del conducto radicular - cuatro o más dientes contiguos o espacios entre dientes cementados (<i>bounded</i>) por cada cuadrante	100.00
4342	Descamación periodontal y esariado del conducto radicular - uno a tres dientes, por cada cuadrante	70.00
4355	Desbridamiento bucal completo	80.00

Cirugía bucal	
7210	Extracción quirúrgica de diente erupcionado que requiera elevación del colgajo mucoperiosteal y extracción de hueso y/o parte de un diente..... 80.00
7220	Extracción de diente impactado - en tejido blando..... 105.00
7230	Extracción de diente parcialmente impactado - en tejido óseo..... 135.00
7240	Extracción de diente completamente impactado - en tejido óseo..... 200.00
7241	Extracción de diente completamente impactado - en tejido óseo, con complicaciones quirúrgicas inusuales..... 220.00
7250	Extracción quirúrgica de conducto radicular residual (por incisión)..... 75.00
7310	Alveoplastia junto con extracciones, por cada cuadrante..... 180.00
7320	Alveoplastia sin extracciones, por cada cuadrante..... 130.00
7510	Incisión y drenaje de absceso intrabucal - en tejido blando..... 105.00
7960	Frenulectomía (frenectomía o frenotomía) - intervención separada..... 185.00
Analgesia y Sedación	
9241	Sedación/analgesia endovenosa, consciente - primeros 30 minutos..... 170.00

Este documento representa únicamente un Ejemplar del Cuadro. No es un documento de 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 SBA que dispensen los servicios correspondientes indicados en el cuadro. Es posible que los Especialistas Integrados al Plan no puedan dispensar u ofrecer todos los servicios indicados. La disponibilidad y afiliación de los Especialistas SBA y Non-SBA Integrados al 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 por la American Dental Association (ADA) y utilizados bajo 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 Integrado al Plan elegido por usted 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 Integrado al Plan al momento de recibir el tratamiento cubierto bajo el plan.

El cuadro de copagos es 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 Integrados al Plan?

Usted debería elegir un Dentista Integrado al Plan al momento de registrarse. Visite el sitio Web www.assurantemployeebenefits.com y haga clic sobre "Provider Search" o refiérase al directorio de Dentistas Integrados al Plan. En el sitio Web, haga clic sobre "Heritage Series" 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 Assurant Employee Benefits recibiera el nombre del dentista elegido antes del 20^{mo} día del mes, su nombre será incluido en la lista el primer día del mes subsiguiente. Si lo recibiéramos después del 20^{mo} 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 marcando el 800.443.2995.

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

Mensualmente, Assurant Employee Benefits le envía una lista al Dentista Integrado al 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 Integrado al Plan. Para cambiarlo, llame al Centro de Servicio al Cliente marcando el 800.443.2995.

¿Qué sucederá si acudiera a un dentista fuera del plan?

El costo **no** será cubierto bajo su plan dental y usted tendrá que pagar la cantidad total cobrada por el dentista. Por lo tanto, es importante que usted acuda al Dentista Integrado al Plan que haya elegido.

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

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

Hágase saber que el beneficio para emergencia conferido bajo su plan está limitado al alivio temporal de dolor y los beneficios conferidos a tenor del mismo son limitados.

Si necesitara acudir a un especialista, ¿cómo ubico a uno de los Especialistas Integrados al Plan en mi área geográfica?

Refiérase al directorio de proveedores integrados al plan, el cual se encuentra en el sitio Web, www.assurantemployeebenefits.com o llámenos al 800.443.2995 para asistencia. No tendrá que ser referido por su Dentista Integrado al Plan para recibir la atención de uno de los Especialistas Integrados al 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 aplican a la condición dental del Miembro, aunque dichas condiciones hubiesen existido 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 fuese específicamente detallado en el Cuadro de Copagos (incluso, entre otros, los cargos cobrados por cualquier hospital o centro de atención ambulatoria por concepto de cualquier servicio dental).
2. Cualquier servicio dental iniciado (a) antes de la fecha de efectividad de la cobertura del Miembro o (b) después que la cobertura del Miembro termine.
3. La atención dispensada por un Proveedor Fuera del Plan, a menos que (a) se tratara de Especialistas Fuera del Plan de conformidad con lo estipulado específicamente en la sección titulada SERVICIOS DE ESPECIALISTA del Cuadro de Copagos o (b) se tratara de Servicios de Emergencia de conformidad con lo estipulado específicamente en el Artículo denominado INTERVENCIONES DE EMERGENCIA en la Evidencia de Cobertura.
4. Reemplazo de puentes, dentaduras u otras piezas fijas o desmontables, a menos que (a) un período de por lo menos cinco años hubiese transcurrido desde que dicha pieza hubiese sido cubierta bajo uno de los Beneficios del Plan o (b) durante dicho período de cinco años, la pieza fuese dañada y no pudiera usarse debido a una enfermedad o accidente sufrido por el Miembro mientras llevaba la pieza puesta.
5. El reemplazo de dentaduras u otras piezas desmontables debido a (a) daño mientras la pieza no se llevaba puesta o (b) pérdida o robo.
6. Reconstrucción bucal utilizando trabajo de puente fijo u otra pieza fija, si el plan de tratamiento general fuese destinado a una reconstrucción 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).
7. Implantes o cualquier pieza inherente al implante o las intervenciones quirúrgicas destinadas a la inserción de implantes o piezas inherentes al implante, ya sean removibles o fijos.
8. La extracción quirúrgica de implantes o cualquier pieza 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 pieza inherente al implante, ya sea removible o fija.
9. Restauraciones o entablillados para aumentar la dimensión vertical, restaurar la oclusión o reemplazar/estabilizar la pérdida de estructura dentaria atribuible a atrición.
10. Ortodoncia que requiera terapia por concepto de trastornos miofuncionales, disfunciones de la articulación temporomandibular (TMJ), micrognatia, macroglosia, paladar hendido o cualquier otra anomalía de crecimiento y desarrollo.
11. Ortodoncia relacionada con cirugía ortognática, aunque el tratamiento fuese precedente o subsiguiente a la cirugía.
12. Extracciones de las muelas terceras (muelas del juicio) que no sean sintomáticas, aunque las extracciones fuesen o no realizadas después de haberse completado el tratamiento ortodóntico. Ejemplos de condiciones sintomáticas abarcan caries, quistes odontogénicos, pericoronitis crónica e infección.
13. El tratamiento de malignidades, neoplasma o quistes, incluso, entre otros, las biopsias.

Extracciones ortodónticas

Las extracciones relacionadas con intervenciones ortodónticas que fuesen realizadas por un Proveedor Integrado al 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 un descuento del 25% contra el cargo convencionalmente cobrado por dicho Proveedor Integrado al Plan por concepto de dichas extracciones.

Terminación

La cobertura del Miembro podrá ser terminada a tenor de lo estipulado en el artículo denominado **TERMINACIÓN** de la Evidencia de Cobertura.

ADVERTENCIA

Aunque este [documento, folleto etc.] fue traducido al español, la / el [póliza / plan de seguro] promocionado y comprado está disponible únicamente en inglés, así mismo todo otro documento podría ser emitido únicamente en inglés. La / el [póliza/ plan de seguro] emitido en inglés es el documento reglamentario y ningún material publicitario o informativo constituirá modificación o cambio alguno a la / al [póliza / plan de seguro].

GROUP ENROLLMENT FORM
PLEASE PRINT CLEARLY IN BLUE OR BLACK INK

Group Name Earnhardt Management Company			Group Number	Effective Date / /		
<input type="checkbox"/> I apply for the following coverage for myself and dependents, as listed. <u>Prepaid Plan</u> <input type="checkbox"/> Plus						
Employee First Name	MI	Last Name	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date of Birth / /	Facility ID #	
Employee Street Address			City	State	Zip	
Employee Social Security Number						
Home Phone ()	Work Phone ()	Division/Department/Class			Date of Hire / /	
Dependents to be included for coverage:						
First Name	MI	Last Name (if different)	Relationship	Sex	Date of Birth	Facility ID#
Spouse				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	/ /	
Child(ren)				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	/ /	
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	/ /	
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	/ /	
Check any boxes that apply and follow instructions.						
<input type="checkbox"/> Are you covering more than three children? Please continue listing on additional Enrollment Forms. <input type="checkbox"/> Is the address of any child different than the member's? Show that child's name & address on the back of this form. <input type="checkbox"/> Are you requesting coverage for a dependent child other than a son or daughter? Forward legal custody paper. <input type="checkbox"/> Are you requesting coverage for dependent child over age 19 that is NOT a full time student? Furnish proof of incapacity within 31 days of the Effective Date.						
<input type="checkbox"/> I elect not to have coverage for myself or my dependents and I hereby waive coverage under the above mentioned plans.						
Signature: _____			Date: _____			
<p>To the best of my knowledge and belief, each of the statements and answers supplied in this form is complete and true, and they constitute the sole basis for, and are the inducement for, the issuance of any coverage. Please read the following and sign below.</p>						
<p>The Prepaid Plan is provided by United Dental Care of Arizona, Inc. and administered by Union Security Insurance Company.</p> <p>I hereby apply for membership in this dental Plan for myself and for any eligible dependents listed above. I authorize the Group named above to make deductions, if any, required as my contribution. I agree, for myself and for any eligible dependents listed, to abide by the rules and regulations of the Plan and the terms and conditions of the Group Dental Service Agreement. I authorize any licensed dentist, physician, hospital or other health care provider to furnish Union Security Insurance Company and its affiliated dental companies with any required dental or medical information, as permitted by law about myself and any eligible dependents listed. I represent the information provided is true and correct to the best of my knowledge. I further understand that my coverage and benefits may be affected by failure to provide complete and accurate information. I will promptly advise the Plan and my Group of any changes in this information. I know that I and any authorized representative have a right to a copy of this authorization. A photocopy of this authorization will be as valid as the original. For claim purposes, the authorization will remain valid for the term of my coverage. The authorization is not governed by HIPAA, however, when necessary, I may be asked to execute a HIPAA authorization form, allowing Union Security Insurance Company to use and disclose protected health information. IMPORTANT WARNING: It is a crime to knowingly provide false, incomplete or misleading information to an insurance company for the purpose of defrauding the company. Penalties include imprisonment, fines and denial of benefits.</p> <p align="center"><u>Notice of Information Practices</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Personal information may be collected from persons other than the individual(s) proposed for coverage. The information, as well as other personal or privileged information subsequently collected by the insurance institution or agent may in certain circumstances be disclosed to third parties without authorization. A right of access and correction exists with respect to all personal information collected. Applicant may request a more detailed explanation of information practices. 						
Signature: _____			Date: _____			

Vision Discount Services



ACCESS PLAN

Your dental plan includes a vision discount plan through Vision Service Plan (VSP). The vision plan includes discounts on exams (including contact lens exams) and the purchase of eyeglasses, sunglasses and other prescription eyewear when provided by VSP doctors. VSP is available for you and everyone covered on your dental plan!

Services Available from a VSP Doctor

- **Eye Exams** – 20% discount applied to VSP doctor's usual and customary fees for eye exams¹
- **Glasses** – 20% discount applied to VSP doctor's usual and customary fees for complete pairs of prescription glasses and spectacle lens options²
- **Contact Lenses** – 15% discount off the contact lens exam (fitting and evaluation)².
- **Laser VisionCareSM** – VSP has contracted with many of the nation's laser surgery facilities and doctors, offering you a discount off PRK and LASIK surgeries, available through contracted laser centers

Other Valuable Features for You

- Immediate savings when using a VSP doctor
- You may use the discounts as often as you wish
- No waiting periods
- No deductibles
- No claim forms to fill out

How to Use VSP

Locate a VSP doctor near you. You may either use our Web-based doctor locator at www.vsp.com, or call VSP at 800.877.7195 to request a doctor listing.

Identify yourself as a VSP member and be prepared to provide the *enrolled member's* social security number when you make your appointment. (The VSP doctor will verify your eligibility and vision plan coverage, and will obtain authorization for services and materials. If you are not currently eligible for services, the VSP doctor is responsible for communicating this to you.)

Your fees are automatically reduced at the time of service – with no claim forms to fill out!

THIS VISION DISCOUNT PLAN IS NOT INSURANCE.

¹Note: Does not apply to contact lens services. See contact lens section for applicable discount.

²Discounts only offered through the VSP doctor who provided an eye exam within the last 12 months.

VSP Member Services Support: 800.877.7195

Visit our Web site at www.vsp.com

Group Insurance Enrollment Card



ASSURANT Employee Benefits

Check one – Employer Use <input type="checkbox"/> Initial Employee: <input type="checkbox"/> Transfer from Prior Dental <input type="checkbox"/> Non-Transfer <input type="checkbox"/> New Employee <input type="checkbox"/> Change <input type="checkbox"/> Open Enrollment

(Please print clearly.)

Employer Earnhardt Management Company	Effective Date 10/01/2016	Location/Division		
Employee First Name	MI	Last Name		
Address	City	State	Zip	
Social Security No.	Birthdate	Date of Hire	Phone	Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

DENTAL COVERAGE

I APPLY FOR:

- Employee only
- Employee and eligible dependents

I DECLINE COVERAGE FOR:

- Employee
- Spouse
- Child(ren)

Do you have eligible dependents? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If "Yes," complete below to enroll them.	Relation	Sex	Birthdate			For children age 19 or older, indicate if a full-time student.	
			Mo	Day	Year	Yes	No
Spouse							
Child(ren)							

- List additional Children on reverse side and check box.
- If the address of any child is different than the employee's address, please show that **child's name and address** below.

- If requesting coverage for a dependent child other than a son or daughter, please forward legal custody papers.

To the best of my knowledge and belief, each of the statements and answers supplied in this form is complete and true, and they constitute the sole basis for, and are the inducement for, the issuance of any insurance.

I hereby apply as indicated herein for the insurance for which I am not now insured and for which I am or may become eligible under the terms of Union Security Insurance Company's group policy or policies (including any future amendments) applying to, or requested to apply to, the employer named above. If such insurance becomes effective, I authorize deductions from my earnings of my contributions required from time to time toward the cost of such insurance. I represent that I am an active full-time employee of that employer. When necessary, I may be asked to execute a HIPAA authorization form, allowing Union Security Insurance Company to use and disclose protected health information.

Date _____ Signature _____