

Resumen de beneficios dentales
Número de Grupo: 00532649

Un plan de seguro dental a través de Guardian:

- Brinda cobertura para servicios preventivos clave, como chequeos y limpiezas regulares para que usted y su familia estén sanos
- Ayuda a compensar procedimientos dentales potencialmente costosos, como coronas y empastes
- Le brinda acceso a una de las redes dentales más grandes del país, por lo que la atención le resulta conveniente
- Facilita la búsqueda de un dentista certificado de alta calidad en la red al acceder a guardiananytime.com o a la aplicación móvil de Guardian, "Find a provider"
- Pagos de reclamos rápidos y fáciles

Acerca de sus Beneficios:

Opción 1: Managed Dental Care usted goza de los descuentos negociados con los dentistas de la red. Efectúa un copago fijo por cada servicio cubierto. No se cubren las consultas a proveedores fuera de la red.

Opción 2: PPO, puede ir a cualquier dentista, pero paga menos dinero de su bolsillo cuando escoge un dentista en el PPO. Los beneficios fuera de la red se basan en un percentil de los datos de honorarios vigentes para el código postal del dentista.

Su plan dental
Opción 1: Managed Dental Care Opción 2: PPO

Su red es	Managed Dental Care	
Su prima Quincenal	\$4.72	\$25.62
Usted y 1 familiar a cargo	\$9.03	\$50.64
Usted, su cónyuge/pareja doméstica y sus hijos	\$15.86	\$90.81
Deducible por Año calendario		<i>Dentro de la Red Fuera de la Red</i>
Individual	Sin Deducible	\$50 \$50
Límite familiar		3 por familia
No aplicable a		Preventiva Preventiva
Cargos cubiertos para usted (coseguro)	<i>Red Únicamente</i>	<i>Dentro de la Red Fuera de la Red</i>
Atención preventiva	Usted paga un copago por	100% 80%
Atención básica	cada servicio cubierto. Vea	80% 70%
Atención mayor	los "detalles del plan" para	50% 40%
Ortodoncia	mas informacion.	No se cubre (se aplica a todos los niveles)
Beneficio máximo anual		\$1500 \$1500
Beneficio Máximo de por Vida para Ortodoncia	No Aplicable	No Aplicable
Copago por atención en consultorio	\$5	Ninguno
Límites de edad del dependiente	26	26

Una muestra de servicios cubiertos for su plan:

		Opción 1: Managed Dental Care	Opción 2: PPO	
		<i>Usted paga</i>	<i>El plan paga (en promedio)</i>	
		<i>Red únicamente</i>	<i>Dentro de la red</i>	<i>Fuera de la red</i>
Atención preventiva	Limpieza (profilaxis)	\$0	100%	80%
	Frecuencia:	2 veces en 12 meses^ (se aplica a todos los niveles)	Una vez cada 6 meses	
	Tratamientos con fluoruro	\$0-12	100%	80%
	Límites:	Sin límites de edad (se aplica a todos los niveles)	Menos de 19 años	
	Exámenes bucales	\$0	100%	80%
	Selladores (por diente)	\$10	100%	80%
	Radiografías	\$0	100%	80%
Atención básica	Anestesia*	Se aplican ciertas restricciones	80%	70%
	Empastes†	\$8-35	80%	70%
	Cirugía periodontal	\$80-255	80%	70%
	Mantenimiento periodontal	\$30	80%	70%
	Frecuencia:	2 veces en 12 meses^ (Estándar)	Una vez cada 6 meses	
	Reparación y mantenimiento de coronas, puentes y dentaduras postizas	\$20-125	80%	70%
	Tratamiento de conducto/raíz	\$95-170	80%	70%
	Raspado y alisado radicular (por cuadrante)	\$18-30	80%	70%
	Extracciones simples	\$10	80%	70%
	Extracciones complejas	\$30-90	80%	70%
Atención mayor	Puentes y dentaduras postizas	\$310-430	50%	40%
	Implantes dentales	No se cubre	50%	40%
	Incrustaciones, incrustaciones oclusales, fundas**	\$235-245	50%	40%
	Coronas individuales	\$250	50%	40%
Ortodoncia	Ortodoncia	\$1,500-2,800	No se cubre	
	Límites:	Adultos e hijos		
Atención cosmética	Blanqueado	\$165	No se cubre	No se cubre

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

Este documento es un resumen de las principales características de la cobertura de seguro de referencia. Es solo para fines ilustrativos y no constituye un contrato. Los documentos del plan de seguro, que incluyen la póliza y el certificado, conforman el contrato de cobertura. La descripción completa del plan, incluidos los beneficios y todos los términos, limitaciones y exclusiones que se aplican, se incluirán en su certificado de seguro. Los documentos del plan son el árbitro definitivo de la cobertura. Los términos de cobertura pueden variar según el estado y el plan vendido real. Los montos de las primas reflejadas en este resumen son una aproximación; en caso de discrepancia entre este monto y la prima realmente facturada, prevalece esta última.

Gestione sus beneficios:

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

Busque un dentista:

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

¿Necesita asistencia?

Llame a la Línea de Ayuda de Guardian al (888) 600-1600, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:30 p.m., horario de la costa Este. Consulte su identificación de miembro (número de seguro social) y su número de plan: 00532649

Llame a la Línea de Ayuda de Guardian si necesita usar sus beneficios dentro de los 30 días de la fecha de entrada en vigencia del plan. Tenga en cuenta que no se encuentran disponibles las opciones de autoservicio por teléfono o en línea en Guardian Anytime hasta que se implemente por completo el caso, espere para hablar con un agente cuando llame a la Línea de Ayuda de Guardian.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

- Información importante sobre los planes PPO de DentalGuard Indemnity y Red DentalGuard Preferente de Guardian: Esta póliza otorga seguro dental únicamente. La cobertura se limita a los gastos que resulten necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar enfermedades, defectos o lesiones dentales. Se aplican deducibles. El plan no paga lo siguiente: servicios de higiene bucal (salvo los cubiertos dentro de los servicios preventivos); ortodoncia (a menos que se indique expresamente lo contrario); tratamientos cosméticos o experimentales (a menos que se indique expresamente lo contrario); todo tratamiento en que los beneficios sean pagados por cualquier otra parte o por el que no se cobre ningún cargo; dispositivos protésicos a menos que se cumplan ciertas condiciones; y servicios accesorios a tratamiento quirúrgicos. El plan limita los beneficios para consultas de diagnóstico y para servicios preventivos, restauradores, endodónticos, periodónticos y protodónticos. Los servicios, exclusiones, y limitaciones indicados anteriormente no constituyen un contrato y se ofrecen a modo de resumen únicamente. Los documentos del plan de Guardian son el árbitro definitivo de la cobertura. Contrato N° GP-I-DG2000 y otros.
- Esta póliza otorga cobertura dental únicamente. Esta póliza brinda beneficios dentales gestionados a través de una red de dentistas participantes generales y especializados. Salvo para servicios de emergencia limitados, se aportarán beneficios para servicios del dentista de cabecera seleccionado por el miembro. El miembro debe pagar a su dentista de cabecera un cargo de paciente/copago para la mayoría de los servicios cubiertos. No se pagarán beneficios por el tratamiento de un especialista salvo que lo haya autorizado el dentista de cabecera del paciente y la póliza apruebe la autorización. Solo se cubren los servicios enumerados en el programa de beneficios de la póliza. Ciertos servicios están sujetos a la frecuencia u otras limitaciones de periodicidad. Cuando se incluyen específicamente los beneficios de ortodoncia, la póliza estipula un tratamiento integral por miembro. Salvo que se los incluya expresamente, la póliza Managed Dental Care no ofrece beneficios ortodónticos si se

está realizando una contención o tratamiento ortodóntico integral a la fecha de entrada en vigencia de la póliza Managed Dental Care del miembro. Los servicios, exclusiones, y limitaciones indicados anteriormente no constituyen un contrato y se ofrecen a modo de resumen. Los documentos correspondientes de Managed Dental Care actúan como árbitro final de la cobertura. Consulte su Certificado para obtener detalles completos de todas las Exclusiones y Limitaciones. Todos los productos, salvo que se indique lo contrario, están suscritos por The Guardian Life Insurance Company of America ("Guardian") o una de las siguientes subsidiarias de propiedad total de Guardian: Managed Dental Care (CA); First Commonwealth Insurance Company (IL); First Commonwealth Limited Health Services Corporation (IN); First Commonwealth Limited Health Services Corporation of Michigan (MI); First Commonwealth of Missouri, Inc. (MO) y Managed DentalGuard, Inc. (NJ, OH y TX). Cualquier referencia a un tipo de producto específico, incluidos, entre otros, "DHMO" o "Prepaid" no están destinados a referirse a una designación específica de licencia estatal, sino que simplemente se refieren a un diseño general de producto. Tales productos prepagados o DHMO están licenciados en la jurisdicción aplicable. Adicionalmente, ciertos productos están suscritos por Dominion Dental Services, Inc. (DC, DE, MD, PA y VA) y LIBERTY Dental Plan of Nevada, Inc. (NV). Consulte los formularios de la póliza correspondientes para más detalles. En caso de que exista conflicto entre este folleto y los formularios de la póliza, estos últimos prevalecerán.

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