



# Plan Dental Secure Choice

Los beneficios incluyen Odontología Estética y Ortodoncia | PARA USO EN FLORIDA



## Plan Secure Choice

El plan Secure Choice proporciona beneficios dentales con prepagos. Para recibir los beneficios del Plan Secure Choice usted tendrá que elegir un Dentista del Plan para usted y para los miembros de su familia de la lista de Dentistas del Plan. Recuerde que usted podrá elegir un dentista diferente para cada miembro de su familia.

### Ventajas

- Ningún deducible
- Ningún formulario de reclamación
- Ningún máximo anual
- Cuadro de copagos fijos para los Dentistas del Plan
- Cargos reducidos para intervenciones de ortodoncia para niños y adultos
- No se requiere ser referido para los beneficios de Especialistas
- Los beneficios son pagados por condiciones dentales pre-existentes indicadas en el cuadro de copagos

Opciones para Prepagos	
<b>Prepagos Anuales</b>	
Individual	\$109.82
Individual + Un Dependiente	\$185.86
Familia	\$293.15
<b>O Transacción Bancaria Mensual Automática</b>	
Las transacciones son efectuadas contra su cuenta el 15 <sup>o</sup> día de cada mes precedente al mes de beneficios. Un cargo administrativo mensual es incluido con los siguientes cargos.	
Individual	\$10.40
Individual + Un Dependiente	\$16.74
Familia	\$25.68
<b>Cargo por registro de \$35.00</b>	



## ¿Qué son los copagos?

Los copagos son cargos reducidos que usted paga directamente al dentista por algunos tratamientos dentales. En este folleto se incluye una lista parcial de algunos tratamientos dentales que se usan con frecuencia. Esta lista le muestra los ahorros que potencialmente usted podrá obtener con este Plan comparado con lo que usted pagaría sin este Plan.

## Odontología estética

Nosotros entendemos lo importante que es su apariencia. Es por eso que hemos incluido en su plan de beneficios servicios estéticos, tales como las intervenciones para blanqueamiento y adhesión dental.

## Beneficios de ortodoncia

El Plan Secure Choice incluye cargos reducidos para intervenciones de ortodoncia para niños y adultos. Los Ortodoncistas del Plan ofrecen cargos reducidos del 25% contra su cargo normal al por menor. Los servicios de ortodoncia están disponibles únicamente en las áreas donde el Plan cuenta con Ortodoncista(s) del Plan que proporciona(n) dichos servicios. La ortodoncia comenzada antes de la fecha de efectividad de su plan no califica para este beneficio.

## Beneficios por Especialistas

Si necesitara los servicios de un especialista (por ejemplo, un cirujano bucal, endodoncista, ortodoncista, periodoncista o pedodoncista), usted podrá acudir para tratamiento a uno de los Especialistas del Plan anotados en nuestro directorio impreso o en línea. Si un cirujano bucal, ortodoncista, periodoncista o pedodoncista dispensa tratamiento, usted recibirá un descuento del 25% contra los cargos normales al por menor cobrados por dicho especialista. Por el tratamiento dispensado por un

endodoncista, usted recibirá un descuento del 15% contra los cargos normales al por menor cobrados por dicho especialista. Los servicios de los Especialistas están disponibles únicamente en los lugares donde se cuenta con Especialistas del Plan. Por favor, tome en consideración que usted es responsable de pagar los servicios proporcionados por un Especialista Fuera del Plan.

## ¿Cuándo recibiré mi tarjeta de membresía?

Una vez que su solicitud haya sido tramitada, nosotros le proporcionaremos una tarjeta de membresía, el Convenio del Plan Individual por Servicios Dentales y un listado completo de los copagos. Su fecha de efectividad será proporcionada junto con sus documentos de membresía.

## ¿Qué sucederá si necesito cambiar mi dentista?

Usted podrá cambiar de dentista simplemente llamando al Departamento de Servicio al Cliente marcando el 800-380-6347.

## ¿Qué tengo que hacer para ser atendido?

Después de su fecha de efectividad, comuníquese por teléfono con el dentista que haya elegido e indíquelo a la persona que lo atiende que usted cuenta con la cobertura. Ellos le programarán su cita para acudir al dentista.

## ¿Quiénes califican?

Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes, de conformidad con la ley estatal.

## ¿Cuándo tendré que renovar mi plan dental?

Si usted elige el método de prepago anual, una notificación de renovación y una factura de cobro se le proporcionarán anticipadamente a la fecha de su aniversario. Si usted elige el método de pago mediante transacción bancaria mensual, no se requerirá ninguna acción para la renovación de su plan dental.

## Ejemplo de Copagos para el Plan Secure Choice

La siguiente lista es un ejemplo de algunas de las intervenciones dentales practicadas con frecuencia. Al registrarse para el plan, usted pagará cargos reducidos, conocidos como copagos. Dichos cargos reducidos únicamente son ofrecidos por los proveedores de nuestra red. Después de registrarse, a usted se le enviará por correo a su domicilio una lista completa de los copagos junto con su Convenio del Plan Individual por Servicios Dentales. El ejemplo a continuación muestra los ahorros que usted podría obtener bajo el plan Secure Choice. Es posible que este ejemplo no refleje los resultados de su caso particular. Por favor, refiérase al cuadro de copagos para una lista completa de los servicios cubiertos bajo el plan.

Es posible que el Dentista del Plan elegido por usted no pueda practicar todas las intervenciones indicadas. Los copagos indicados aplican a los Dentistas del Plan que proporcionan dichos servicios. Por lo tanto, le recomendamos consultar con su Dentista del Plan sobre la disponibilidad de los servicios programados. Los cargos por las intervenciones practicadas

por su Dentista del Plan que no aparecen en el Cuadro de Copagos no serán cubiertos bajo su Plan Secure Choice.

Es posible que el Dentista del Plan elegido por usted no pueda practicar todas las intervenciones indicadas. Los copagos indicados aplican a los Dentistas del Plan que proporcionan dichos servicios. Por lo tanto, le recomendamos consultar con su Dentista del Plan sobre la disponibilidad de los servicios programados. Los cargos por las intervenciones practicadas por su Dentista del Plan que no aparecen en el Cuadro de Copagos no serán cubiertos bajo su Plan Secure Choice.

Usted es responsable de pagar por cada servicio proporcionado por un Dentista Fuera del Plan o Especialista Fuera del Plan (basado en el cargo normal al por menor cobrado por dicho proveedor), excepto por los Beneficios del Plan limitados por los Servicios de Emergencia Dental cubiertos para el alivio temporal del dolor.

La disponibilidad y afiliación de los Dentistas del Plan y Especialistas del Plan están sujetas a cambio.



Tratamiento dental	Su costo con el Plan Secure Choice	Su costo con cargos promedio al por menor <sup>1</sup>
<b>Citas</b>		
Evaluación bucal periódica	Ningún cargo	\$56
Examen bucal limitado	\$25	\$85
<b>Odontología diagnóstica</b>		
Serie de radiografías completa, Incluso las aletas de mordida	\$5	\$146
<b>Odontología preventiva</b>		
Limpieza rutinaria - adulto/niño <sup>^</sup>	\$5/\$5	\$98/\$77
<b>Restauraciones</b>		
Empastes de plata - 2 superficies	\$25	\$188
Empastes blancos - 2 superficies (posteriores)	\$90	\$245
Coronas – porcelana a metal muy noble (el costo del metal precioso y semiprecioso es adicional.)	\$280**	\$1,165
<b>Endodoncia y periodoncia</b>		
Conducto radicular - muela	\$275	\$1,222
Raspado y destartraje radicular (por cada cuadrante)	\$55	\$275
<b>Dentaduras postizas</b>		
Parcial superior	\$390**	\$1,160
Parcial inferior	\$390**	\$1,230
<b>Cirugía bucal</b>		
Extracción de un solo diente	\$30	\$200
Extracción de diente impactado (parcialmente en hueso)	\$100	\$453
<b>Ortodoncia</b>		

La ortodoncia para niños y adultos es proporcionada con una reducción del 25% contra los cargos normales al por menor del Especialista del Plan.

<sup>^</sup>Una vez cada seis meses.

\*\*Los miembros son responsables por los cargos adicionales de laboratorio relacionados con estos servicios.

1. Los Cargos Promedio al por Menor fueron determinados por la Compañía mediante un análisis de las reclamaciones para el año 2021 para el estado de Florida. Los Cargos al por Menor representan un promedio redondeado al dólar más cercano el cual representa lo que usted podría pagar sin los servicios del plan.

**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 registrarán por la versión original del documento expedido en inglés. Además, nosotros nos reservamos el derecho de corregir cualquier error en este documento.

**Para información adicional,  
marque el: 800-380-6347**

Sun Life  
Attn: Individual Dental Team  
P.O. Box 419596  
Kansas City, MO 64141-6596  
[www.slfdental.com](http://www.slfdental.com)



## ¿Qué tengo que hacer para registrarme?

**Siga los tres pasos sencillos detallados a continuación para registrarse bajo el Plan Secure Choice:**

- 1 Elija** uno de los dentistas generales del Directorio de Dentistas del Plan o en línea dirigiéndose a la página [www.sfldental.com](http://www.sfldental.com). Cada miembro de la familia podrá elegir un Dentista del Plan de su preferencia.
- 2 Llene** el formulario de solicitud adjunto. Asegúrese de anotar en el espacio correspondiente el Número del Consultorio Dental de cada dentista que usted ha elegido y desprenda del folleto el formulario de solicitud.
- 3 Elija** su opción de pago. Si elige el método de prepago anual, incluya la cantidad apropiada del prepago, el cargo por registro de \$35, el formulario de solicitud debidamente llenado y envíenoslos por correo. Para su conveniencia, el prepago anual puede ser pagado con tarjeta de crédito.

Si elige el método de **transacción bancaria mensual automática**, llene el Convenio de Autorización que aparece al dorso del formulario de solicitud, incluya un cheque "anulado", el prepago del primer mes, el cargo por registro de \$35 y envíelos por correo a Sun Life. A partir de dicho momento, los prepagos mensuales serán descontados automáticamente contra su cuenta bancaria. Aunque nosotros aceptamos transacciones bancarias automáticas contra cuentas de cheques o ahorros, **nosotros no podemos aceptar cheques personales mensualmente.**

## Renovación/Cancelación/Terminación

Este plan se renueva anualmente en cada aniversario de la fecha de efectividad. Tanto la Compañía como el Suscriptor tienen el derecho de terminar el Plan anticipadamente, mediante una notificación escrita. Por favor, refiérase al Convenio del Plan Individual por Servicios Dentales para obtener información detallada referente a la renovación, cancelación y terminación.

## Ley de Protección al Paciente y Atención Asequible

Este plan no proporciona cobertura para los servicios odontológicos pediátricos que cumplen con los requisitos para la "cobertura esencial mínima" tal como se define bajo la Ley de Protección al Paciente y Atención Asequible ("PPACA", por sus siglas en inglés.)

## Limitaciones y Exclusiones

**Ningún beneficio será pagado por lo siguiente:**

- 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).
- Cualquier servicio dental iniciado (a) antes de la fecha de efectividad del registro del Miembro o (b) después de la terminación del registro del Miembro.
- Servicios proporcionados por Proveedores Fuera del Plan, excepto por los Servicios de Emergencia para el alivio temporal del dolor (con beneficios limitados), tal como se especifica en el Artículo SERVICIOS DE EMERGENCIA del Convenio del Plan Individual por Servicios Dentales.
- El reemplazo de trabajo de puentes, dentaduras postizas u otras piezas fijas o desmontables, a menos que (a) un período de por lo menos cinco años hubiera transcurrido desde el acoplamiento de dicha pieza como un Beneficio del Plan o (b) durante dicho período de cinco años, la pieza se convierta en inutilizable y no pudiera ser utilizable debido a una

enfermedad del Miembro o un accidente que involucre daño a la pieza durante su uso.

- El reemplazo de dentaduras postizas u otras piezas desmontables debido a (a) daño mientras la pieza no es utilizada o (b) pérdida o robo.
- La reconstrucción bucal utilizando trabajo de puente fijo u otra pieza fija, si el plan de tratamiento general destinado a una reconstrucción bucal completa implica el reemplazo de seis o más dientes (ya sea que dichos dientes se pierdan antes que el tratamiento comience o dichos dientes sean extraídos como parte del plan de tratamiento general).
- Los implantes o cualquier pieza inherente al implante, las intervenciones quirúrgicas destinadas a la inserción de implantes o cualquier pieza inherente al implante, ya sean removibles o fijas.
- La extracción quirúrgica de implantes o piezas inherente al implante, o cualquier intervención quirúrgica o no quirúrgica para ajustar, reparar, reemplazar o tratar cualquier problema relacionado con un implante existente o pieza inherente al implante, ya sea removible o fija.
- Las restauraciones o entablillados utilizados para aumentar la dimensión vertical, restaurar la oclusión o reemplazar o estabilizar la pérdida de la estructura dentaria debido a atrición.
- La ortodoncia que requiera terapia debido a trastornos miofuncionales, disfunciones de la articulación temporomandibular (conocida por sus siglas en inglés como TMJ), micrognatia, macroglosia, paladar hendido u otras anomalías del crecimiento y desarrollo.
- La ortodoncia relacionada con una intervención quirúrgica ortognática, ya sea el tratamiento precedente o subsiguiente a la intervención quirúrgica.
- Las extracciones de muelas terceras (muelas del juicio) que no sean sintomáticas, aunque las extracciones sean o no sean realizadas después de haberse completado la ortodoncia. Ejemplos de condiciones sintomáticas abarcan caries, quistes odontogénicos, pericoronitis crónica e infección.
- El tratamiento de malignidades, neoplasmas o quistes, incluso, pero sin limitación alguna a, las biopsias.

**Renovación a la opción de la Compañía.**

Los productos dentales prepagados los proporciona Sun Life Assurance Company of Canada (Wellesley Hills, MA) bajo la Serie de Formularios BDC-IDSA. © 2022 Sun Life Assurance Company of Canada, Wellesley Hills, MA 02481. Todos los derechos reservados. El nombre y el logotipo de Sun Life son marcas registradas de Sun Life Assurance Company of Canada. Visitenos en [www.sunlife.com/us](http://www.sunlife.com/us).

# Formulario de Solicitud de Sun Life

Por favor retenga una copia de esta solicitud en sus archivos personales.

Su número de seguro social		Apellido(s)		Primer nombre		Inicial del 2 <sup>do</sup> nombre		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		<b>Número del Agente:</b>													
Su fecha de nac. / /		Domicilio																					
Tel. particular ( )		Ciudad		Estado		Código postal+4																	
<b>IMPORTANTE</b>																							
Anote en el/los siguiente(s) espacio(s) el Número del Consultorio Dental del dentista o dentistas que usted elija del directorio.																							
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																							
<b>Anote los Dependientes que desea registrar</b>																							
Primer nombre		Inicial del 2 <sup>do</sup> nombre		Apellido(s) (si diferente)		Vínculo		Fecha de nac.		Sexo													
<b>Núm. del Consultorio Dental</b>																							
<b>Cónyuge</b>																							
								/ /		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>													
<b>Hijo</b>																							
								/ /		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>													
<b>Hijo</b>																							
								/ /		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>													
<b>Cantidad del prepago +</b>				<b>Elija opción de pago:</b>																			
		\$ _____		<input type="checkbox"/> <b>Pago anual:</b> Extienda su cheque a nombre de Sun Life Assurance Company of Canada.																			
Cargo por registro		\$ 35.00		<input type="checkbox"/> <b>Carguen mis prepagos anuales.</b>																			
Cantidad total adjunta		\$ _____		<input type="checkbox"/> <b>Transacción Bancaria Mensual Automática:</b> Llene el Convenio de Autorización que aparece al dorso de este formulario.																			
<input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> Discover   Fecha de Exp. _____   CVV: _____																							
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																							

A través de mi firma en la parte inferior, entiendo que una descripción completa de este plan se proporcionará en el Contrato de Servicio Dental Individual y que el dentista que elija puede o no realizar todos los procedimientos que figuran en el Programa de Copago. Para fines de suscripción y reclamos, autorizo al dentista que me ha realizado los procedimientos a mí o a los miembros de mi familia a poner a disposición de Sun Life Assurance Company of Canada mis registros dentales, fotocopias o información sobre dichos procedimientos en la medida permitida por la ley. Esta autorización seguirá siendo válida durante 24 meses, pero puede revocarla en cualquier momento enviando un aviso por escrito a Sun Life Assurance Company of Canada. Usted y su representante autorizado tienen derecho a una copia de la Autorización. Esta autorización no se rige por la ley HIPAA, sin embargo, cuando sea necesario, se me puede solicitar que ejecute un formulario de autorización de HIPAA, que permita a Sun Life Assurance Company of Canada y sus compañías dentales afiliadas usar y divulgar información médica protegida. Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, remita una declaración relacionada con una reclamación o una solicitud con información falsa, incompleta o engañosa, será culpable de haber cometido un delito de tercer grado.

Firma del Agente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Número de licencia \_\_\_\_\_

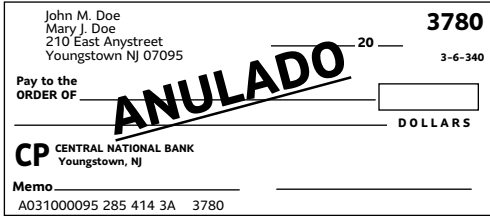
Firma del Suscriptor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# Convenio de Autorización para Transacción Bancaria Mensual Automática

**IMPORTANTE:** Si ha elegido el método de Pago mediante Transacción Bancaria Mensual, envíenos este formulario junto con un cheque marcado "anulado", la cantidad de su primer prepago mensual y el cargo por registro de \$35.

Nombre(s)	Número de Seguro Social																	Cheques <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/>
Yo (nosotros) autorizo (autorizamos) a Sun Life Assurance Company of Canada a iniciar las transacciones de débito e iniciar, si fuera necesario, las transacciones de crédito y ajustes por cualquier corrección a las transacciones de débito contra mí (nuestra) cuenta bancaria anotada a continuación. Además, autorizo (autorizamos) a la Institución Financiera nombrada a continuación a efectuar los débitos y/o los créditos mencionados contra dicha cuenta.																		
Nombre del Banco										Ciudad							Estado	
Anote el número de su cuenta de cheques o de ahorros en las siguientes casillas:																		
Núm. enrutamiento																		
Núm. cuenta																		

Los prepagos son descontados contra su cuenta autorizada el 15<sup>to</sup> día del mes precedente al mes de beneficios. El Convenio de Autorización se renueva automáticamente si el Convenio del Plan Individual por Servicios Dentales es renovado.



Esta autorización permanecerá totalmente vigente hasta que Sun Life Assurance Company of Canada haya recibido notificación ESCRITA de mí (o de nosotros) indicando su terminación a más tardar el 10<sup>mo</sup> día del mes precedente al mes en que el registro ha de ser terminado.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_