



Plan Dental Secure Choice

Los beneficios incluyen Odontología Estética y Ortodoncia | Para uso en Texas



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	
Prepagos Anuales	
Individual	\$115.28
Individual + Un Dependiente	\$195.10
Familia	\$307.72
O	
Transacción Bancaria Mensual Automática	
Las transacciones son efectuadas contra su cuenta el 15 ^{to} día de cada mes precedente al mes de beneficios. Un cargo administrativo mensual es incluido con las siguientes primas.	
Individual	\$10.86
Individual + Un Dependiente	\$17.51
Familia	\$26.89
Cargo por registro de \$35.00	



¿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 Ortodontistas 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 este Plan cuenta con Ortodontista(s) del Plan que proporcionan 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, ortodontista, 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, ortodontista, 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 las áreas donde este Plan 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.

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 proporcionará 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 el plan Secure Choice.

Si requiriera los servicios dentales que el Dentista del Plan que usted eligió no puede proporcionar, usted podrá obtener

dichos servicios de un Especialista del Plan a una tarifa reducida. Usted no tiene que ser referido por su Dentista del Plan para obtener los servicios de un Especialista del Plan. Ningún copago será aplicado para obtener los servicios de un Especialista del Plan. En su lugar, las siguientes reducciones contra los cargos normales al por menor del Especialista del Plan son aplicadas a todos los servicios proporcionados por un Especialista del Plan. Una reducción del 15% es aplicada si el Especialista del Plan es un endodoncista. Una reducción del 25% es aplicada si el Especialista del Plan es algún otro tipo de especialista, incluso, pero sin limitación alguna a, un ortodontista. Usted es responsable por el pago de la cantidad total del cargo reducido al momento en que el servicio es recibido, o de conformidad con los procedimientos de facturación del Especialista del Plan.

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 Cargos promedio al por menor ¹
Citas		
Evaluación bucal periódica	Ningún cargo	\$53
Examen bucal limitado	\$25	\$79
Odontología diagnóstica		
Serie de radiografías completa, Incluso las aletas de mordida	\$5	\$141
Odontología preventiva		
Limpieza rutinaria - adulto/niño [^]	\$5/\$5	\$94/\$72
Restauraciones		
Empastes de plata - 2 superficies	\$20	\$181
Empastes blancos - 2 superficies (posteriores)	\$90	\$232
Coronas – porcelana a metal muy noble (el costo del metal precioso y semiprecioso es adicional.)	\$300**	\$1,134
Endodoncia y periodoncia		
Conducto radicular - muela	\$200	\$1,195
Raspado y destartraje radicular (por cada cuadrante)	\$55	\$259
Dentaduras postizas		
Parcial superior	\$390**	\$1,177
Parcial inferior	\$390**	\$1,189
Cirugía bucal		
Extracción de un solo diente	\$20	\$174
Extracción de diente impactado (parcialmente en hueso)	\$100	\$445
Ortodoncia		

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

[^]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 Texas. 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 regirán 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

¿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. 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 envíenoslos por correo. 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.**

¿Cuándo tendré que renovar mi plan dental?

Si usted elige el método de pago 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.

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 parte de cualquier servicio dental en que se incurriera un cargo antes de la fecha de efectividad del registro del miembro.
- Cualquier servicio dental iniciado después de la terminación del registro del Miembro.
- Servicios proporcionados por Proveedores Fuera del Plan, excepto por los Servicios de Emergencia, tal como se especifica en el Artículo SERVICIOS DE EMERGENCIA del Convenio del Plan Individual por Servicios Dentales.

5. 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.

6. El reemplazo de dentaduras postizas u otras piezas desmontables debido a (a) daño mientras la pieza no es utilizada o (b) pérdida o robo.

7. 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).

8. 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.

9. 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.

10. 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.

11. 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.

12. La ortodoncia relacionada con una intervención quirúrgica ortognática, ya sea el tratamiento precedente o subsiguiente a la intervención quirúrgica.

13. 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.

14. El tratamiento de malignidades, neoplasmas o quistes, incluso, pero sin limitación alguna a, las biopsias.

Renovación a la opción de la Compañía.

Formulario de Solicitud

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

Su número de seguro social		Apellido(s)		Primer nombre		Inicial del 2 ^{do} nombre		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Número del Agente:	
Su fecha de nac. / /		Domicilio									
Tel. particular ()		Ciudad		Estado		Código postal+4		Correo electrónico			
¿Padece usted de alguna incapacidad que afecta su capacidad de comunicarse o de leer? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si responde "sí" explique detalladamente: _____ Preferencia del idioma—escrito/hablado <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> otro _____											
Anote los Dependientes que desea registrar										Núm. del Consultorio Dental	
Primer nombre		Inicial del 2 ^{do} nombre		Apellido(s) (si diferente)		Vínculo		Fecha de nac.		Sexo	
Cónyuge								/ /		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Hijo								/ /		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Hijo								/ /		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Cantidad del prepago +				Elija opción de pago:							
		\$ _____		<input type="checkbox"/> Pago anual: Extienda su cheque a nombre de Sun Life Assurance Company of Canada.							
Cargo por registro		\$ 35.00		<input type="checkbox"/> Carguen mis prepagos anuales.							
Totalidad adjunta		\$ _____		<input type="checkbox"/> Transacción Bancaria Mensual Automática: 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: _____											

Mediante mi firma a continuación, entiendo que este Plan Dental HMO es un programa no-reembolsable de un (1) año. Además, entiendo que una descripción total del plan será proporcionada en el Convenio del Plan Individual por Servicios Dentales y que el dentista que elija podrá o no podrá practicar todas las intervenciones detalladas en el Cuadro de Copagos. Autorizo al dentista que haya practicado alguna intervención a mí o a los miembros de mi familia, para que ponga a disposición de United Dental Care of Texas, Inc., Sun Life Assurance Company of Canada y sus compañías dentales afiliadas, mis expedientes dentales, fotocopias o información relacionada con dichas intervenciones hasta el alcance permitido por ley. Esta autorización no se rige por la HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act). No obstante, si es necesario, se me podrá solicitar que llene y firme un formulario de autorización de la HIPAA, permitiendo a United Dental Care of Texas, Inc., Sun Life Assurance Company of Canada y a sus compañías dentales afiliadas, a utilizar y divulgar información protegida de carácter médico.

Firma del Agente _____ Fecha _____

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" y la cantidad de su primer prepago mensual.

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 mi (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^{to} 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^{mo} día del mes precedente al mes en que el registro ha de ser terminado.

Firma _____ Fecha _____