

Limitaciones

Los Gastos Cubiertos No Serán Incluidos Y Los Beneficios No Serán Pagables:

1. Por Servicios Principales dentro de los primeros 12 meses en que el Asegurado este cubierto, excepto como deberá ser provisto en las provisiones de "Beneficios de Adquisición".
2. Por cualquier tratamiento que sea para propósitos cosméticos o para corregir malformaciones congénitas, excepto por el tratamiento y la atención medica necesaria y el tratamiento del defecto de nacimiento del labio leporino y boquinera.
3. Para reemplazar cualquier aparato protésico, corona restoración del empaste ó incrustación, ó el puente fijo dentro de cinco años de la fecha de la última colocación de estos artículos a menos que se requiera por una herida del cuerpo por accidente sufrido mientras el asegurado esté cubierto. El reemplazo no está cubierto si el artículo puede ser reparado.
4. Para colocación inicial de cualquier aparato protésico, o puente fijo al menos de que tal colocación sea necesaria debido a la extracción de dientes naturales durante el mismo período de cobertura continua. Pero la extracción de la tercer muela (muela de juicio) no calificará el artículo para pago. Cualquier clase de artículo o puente fijo tiene que incluir la sustitución del diente(s) sacado(s). La cobertura no incluye la parte del costo que aplica específicamente al reemplazo de los dientes extraídos antes del periodo de cobertura.
5. Por al adición de dientes a un aparato protésico existente o un puente fijo, a menos que sea para el reemplazo de dientes naturales que habían sido extraídos durante el mismo período de cobertura continua. La extracción de un tercer molar (muela de juicio) no califica para su tratamiento con aparato o puente.
6. Por cualquier gasto incurrido o procedimiento comenzado antes del período actual de cobertura continua del asegurado.
7. Por cualquier gasto incurrido o procedimiento comenzado después de que el seguro del asegurado bajo esta sección se termine, excepto por un aparato protésico, puente fijo, corona, o empaste, o incrustación para que ambos (a) el procedimiento comienza antes de que el seguro termina y (b) la colocación final del artículo es dentro de 90 días después de que se termine el seguro.
8. Para duplicar aparatos o reemplazar aparatos robados o perdidos.
9. Por aparatos, restauraciones, o procedimientos para:
 - a. alterar dimension vertical
 - b. ajustar o mantner oclusión
 - c. hacer placa neuroniorelajante o reemplazar la estructura del diente perdida como resultado de abrasión ó atrición
 - d. Tratamiento de fractura de la mandíbula ó disturbios de la cojuntura de la mandíbula.
10. Por educación o entrenamiento en, y las provisiones utilizadas por, el asesoramiento dietético o nutricional, higiene bucal personal o control de placa dentobacteriana (sarro) dental.
11. Por citas suspendidas o la terminación de las formas de reclamo.
12. Por servicios de ortodoncia o por cualquier servicio relacionado con terapia de ortodoncia cuando no elige esta cobertura opcional o que la prima no esté pagada. En ningún caso, los cargos cubiertos de ortodoncia incluirán cargos:
 - a. incurridos por el empleado o su cónyuge;
 - b. incurridos por hijos dependientes de 19 años de edad o mayores;
 - c. por cualquier servicio a pagar bajo alguna otra disposición de la póliza; o
 - d. por cualquier servicio durante los primeros 12 meses en que el asegurado está cubierto bajo esta póliza.
13. Por selladores que son:
 - a. no aplicados a la muela permanente
 - b. aplicados antes de 6 años de edad o después de cumplir los 16 años; o
 - c. reaplicados a 1 molar dentro de los tres años de la fecha de la previa aplicación del sellador.
14. Por curetaje subgingival o alisado radicular (números de procedimiento 4220 y 4341) a menos de que exista presencia de enfermedades periodontales confirmadas por rayos-x y resúmenes de *pocket depth* de cada diente involucrada.
15. Por una herida del asegurado surgido de, o durante de, trabajo por sueldo o ganancia.
16. Cualquier lesión para la que usted sea elegible para beneficios según cualquier ley de indemnización laboral o leyes similares.
17. Por costos de los cuales el asegurado no es responsable o de los cuales no hubieran sido hechos si no hubiese sido vigente un seguro.
18. Por servicios que no son recomendados por un dentista, ni requeridos para atención necesaria y tratamiento, o que no tienen un pronóstico bastante favorable.
19. Por una guerra o cualquier acto de guerra, declarada o no, o estando de guardia de tiempo completo en las fuerzas armadas de cualquier país.
20. A un asegurado si el pago no es legal donde el asegurado este viviendo cuando los gastos incurran.
21. Por cualquier servicio relacionado con equilibración, registro de mordedura, o análisis de mordedura.
22. Por coronas para el propósito de tabillas periodontales.
23. Por cargos para: cualquier implante; sobredentaduras; fijación de precisión o semi-precisión y tratamientos de endodoncia asociados; ó otras fijaciones personalizadas.
24. Por cargos de terapia muscular funcional, cirugía ortonática o protector bucal deportivo.
25. Por procedimientos en los que los beneficios son pagables bajo el plan de beneficios de gastos médicos para empleados y sus dependientes.
26. Servicios o suministros proporcionados por un miembro de familia o un miembro de la casa del asegurado.



P.O. Box 100102
Columbia, SC 29202-3102
www.CompanionLife.com

1-800-753-0404

Puntuación A+ (Superior) De La A.M. Best

No Ofremos Algunos Productos En Cada Estado

Companion Life
PremierSM
DENTAL PLAN



Servicios Preventivos

El plan paga el 100% de los cargos permisibles (después del deducible) por los siguientes servicios:

- Exámenes de rutina y limpiezas (dos cada 12 meses)
- Radiografías de oclusión de molares (dos cada 12 meses)
- Tratamiento con flúor para hijos dependientes menores de 19 años de edad (una cada 12 meses)
- Tratamiento de urgencia por dolencias dentales, (procedimientos menores)

Servicios Básicos

El plan paga el 80% de los cargos permisibles (después del deducible) por los siguientes servicios:

- Servicios de restauración simples (amalgamas)
- Extracción simple de dientes
- La aplicación de sellantes para niños de entre 6 y 15 años de edad (uno por diente cada 36 meses)
- Radiografías (de boca completa o panorámicas, una cada 36 meses)
- Radiografías de raíces dentales

Deducible y Máximo

Hay un deducible combinado **de por vida** de \$100 por persona, el cual se aplica a todos los servicios odontológicos cubiertos excepto los servicios de ortodoncia en caso de seleccionarse. Hay un beneficio máximo combinado por contrato anual de \$1200 por persona, sin incluir servicios de ortodoncia en caso de seleccionarse.

Servicios Principales

Por los siguientes servicios principales, el plan paga el 50% de los cargos permisibles (después del deducible):

- Reconstrucción y reparación de coronas, incrustaciones, puentes y dentaduras
- Tratamientos de conducto y tratamiento de raíces dentales
- Tratamiento en los huesos, tejidos y encías que rodean o sostienen un diente
- Servicios de restauración principales (coronas e incrustaciones)
- Prótesis (puentes, dentaduras)
- Retenedores de espacio
- Cirugía oral
- Revestimiento dental
- Anestesia general (para servicios odontológicamente necesarios)

Hay un período de espera de 12 meses para Servicios principales. Pero esto no será aplicable si usted fue asegurado en la fecha de entrada en vigencia de su grupo y cumplió un período de espera similar bajo el plan odontológico grupal anterior de su empleador.

Servicios de Ortodoncia (Opcional)

- Sin deducción, 50% de cobertura
- \$1000 máximo de por vida
- Sólo hijos menores de 19 años de edad
- Período de espera de 12 meses

Su empleador puede elegir incluir beneficios de ortodoncia como parte del Voluntary Dental Plan de Companion Life. Por favor consulte a su administrador de beneficios para saber si los beneficios de ortodoncia están incluidos en su Companion Premier Dental Plan.

Determinación Previa de Beneficios

Para su protección, Companion Life le ofrece determinar previamente los beneficios de los planes de tratamientos recomendados que excedan los \$300. Este beneficio le ayudará a comprender mejor su cobertura. Sólo recuerde entregar el plan de tratamiento a Companion Life para su análisis y determinación previa de beneficios *antes* de recibir los servicios.

Acerca de Companion Life

Companion Life Insurance Company se ha especializado en beneficios grupales durante más de 30 años. Ha ganado una puntuación de A+ (Superior) de A.M. Best y una A- de Weiss Ratings, Inc. Ganamos estas altas puntuaciones gracias a nuestra fortaleza fiscal, a nuestras prácticas de inversión y a una gestión sólida. Ahora, deseamos ganar su confianza brindándole el mayor nivel de servicio y atención posible con Companion Life Premier Dental Plan.



Esto es una guía general de los beneficios cubiertos y no incluye todos los beneficios, limitaciones ni exclusiones de la póliza. Vea por favor su certificado para más detalles.