



Endoso

Cubierta Dental Extendida D3





ENDOSO CUBIERTA DENTAL EXTENDIDA (D3)

Cubiertas Metálicas

El Plan Médico Servicios de Salud Bella Vista, Inc., (en adelante Plan Médico SSBV) ofrece beneficios al suscriptor y a los dependientes elegibles de conformidad con las disposiciones de este endoso.

Este endoso forma parte de la cubierta a la cual se adhiere y se emite en consideración al pago de una prima adicional correspondiente y por adelantado. El mismo está sujeto a los términos y condiciones de la cubierta que no estén en conflicto con los términos y condiciones de este endoso y se emite de conformidad con las políticas de pago establecidas.

El propósito de este documento es permitirle conocer los beneficios adicionales a su cubierta dental básica que le provee este endoso dental para usted y sus dependientes elegibles.

Le motivamos a que se familiarice con este documento y manténgalo a su alcance para referencia. De tener alguna duda al respecto puede comunicarse al (787)833-8070 para detalle de los servicios cubiertos.

Cordialmente,

Camil Vega, MBA
Directora Ejecutiva

Conserve este documento en un lugar seguro para que pueda referirse a los beneficios descritos en este endoso que son parte de su cubierta.

TABLA DE CONTENIDO

Contenido

DEFINICIONES.....	3
SERVICIOS CUBIERTA DENTAL.....	4
A. SERVICIOS DIAGNÓSTICOS, PREVENTIVOS	4
B. SERVICIOS RESTAURATIVOS	4
C. SERVICIOS ESPECIALES DE RESTAURACIÓN (APLICA PERIODO DE ESPERA DE 90 DÍAS)	4
D. SERVICIOS DE ENDODONCIA (APLICA PERIODO DE ESPERA DE 90 DÍAS)	4
E. SERVICIOS DE PERIODONCIA (APLICA PERIODO DE ESPERA DE 90 DÍAS)	4
AUTORIZACION DE SERVICIOS	5
REEMBOLSOS	5
LIMITACIONES	5
EXCLUSIONES	6
TABLA DE DEDUCIBLES, COPAGOS Y COASEGUROS	7

DEFINICIONES

1. **BENEFICIO MÁXIMO:** Cantidad máxima de beneficios a pagarse por año póliza.
2. **DENTISTA:** Se conoce al profesional de la salud cuyo trabajo consiste en el cuidado de la dentadura de sus pacientes. Odontólogo legalmente autorizado a practicar la profesión de dentista.
3. **DENTISTA NO PARTICIPANTE:** Dentista con licencia regular que no haya firmado contrato con Plan Medico SSBV para prestar servicios dentales.
4. **DENTISTA PARTICIPANTE:** Dentista con licencia regular expedida por la entidad gubernamental designada para estos propósitos y miembro *bonafide* del Colegio de Cirujanos Dentistas de Puerto Rico, que haya firmado contrato con Plan Medico SSBV para prestar servicios dentales.
5. **COASEGURO:** Por ciento de los honorarios establecidos que paga la persona cubierta directamente al dentista al momento de recibir los servicios, de acuerdo al Resumen de Coaseguros que se presenta al final de este endoso.
6. **ESCALA DE HONORARIOS:** Aquellos honorarios establecidos por Plan Medico SSBV para los servicios cubiertos por este endoso. Tanto el dentista participante como la persona cubierta se comprometen a aceptar estos honorarios como pago total por cada servicio cubierto en el endoso dental. Estos honorarios están sujetos a los términos y condiciones especificadas en este endoso.
7. **PERIODONCIA:** Rama de la odontología relacionada con el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de las encías y otros tejidos que forman parte del soporte de los dientes.
8. **SUSCRIPTOR O PERSONA CUBIERTA:** Persona que mantiene un contrato de cubierta que le da derecho a recibir beneficios y servicios establecidos y asume las responsabilidades.
9. **PLAN DE TRATAMIENTO:** Informe detallado de los procedimientos recomendados por el dentista para el tratamiento de las necesidades dentales de la persona cubierta, encontradas en el examen realizado por el mismo dentista.
10. **AUTORIZACION:** Evaluación del plan de tratamiento sugerido por el dentista antes de la prestación de los servicios, para determinar los gastos que Plan Medico SSBV cubre.

SERVICIOS CUBIERTA DENTAL

Esta es una cubierta dental con beneficios extendidos. La misma está diseñada para complementar su cubierta dental básica. La cubierta Dental Extendida (D3) provee para un beneficio máximo anual de \$1,000.00 (mil dólares) por persona cubierta. Este beneficio anual y los copagos se calculan a base de las cantidades realmente pagadas bajo la cubierta. Los gastos por los servicios dentales están cubiertos según las tarifas establecidas para tales propósitos por Plan Medico SSBV. Refiérase a las secciones de limitaciones y exclusiones que prevalecen sobre los beneficios descritos en esta cubierta.

A. Servicios Diagnósticos, Preventivos

- 1) Imagen radiográfica panorámica, cada (3) años
- 2) Imágenes radiográficas oclusales
- 3) Prueba de vitalidad (1) una cada (6) meses por suscriptor

B. Servicios Restaurativos

- 1) Restauraciones en amalgama (platificaciones)
- 2) Resina compuesta en dientes anteriores

C. Servicios Especiales de Restauración (aplica periodo de espera de 90 días)

- 1) Mantenedores de espacio fijos
- 2) Re-cementación mantenedores de espacio, inlays y coronas
- 3) Corona de acero inoxidable en dientes deciduos y permanente, limitado a cada (36) meses por superficie
- 4) Corona provisional
- 5) Restauración protectora (sedativa)
- 6) Reparación de coronas

D. Servicios de Endodoncia (aplica periodo de espera de 90 días)

- 1) Recubrimiento pulpar directo e indirecto
- 2) Apicoectomía anterior, bicúspide y molar
- 3) Apexificación
- 4) Tratamiento de canal y retratamiento a dientes anteriores, bicúspides y molares
- 5) Pulpotomía

E. Servicios de Periodoncia (aplica periodo de espera de 90 días)

- 1) Examen comprensivo periodontal
- 2) Mantenimiento periodontal
- 3) Alisado radicular
- 4) Gingivectomía
- 5) Cirugía ósea

Para los servicios en los Incisos **C, D y E** se requiere solicitar autorización del Plan Medico SSBV previo a recibir los servicios.

AUTORIZACION DE SERVICIOS

Cuando la persona suscrita utilice los servicios de dentistas participantes, éstos se encargarán de solicitar autorización al Plan Medico SSBV para aquellos servicios que la requieran antes de prestar los mismos.

REEMBOLSOS

Si el suscriptor recibe servicios cubiertos de dentistas no participantes en Puerto Rico o servicios fuera de Puerto Rico, Plan Medico SSBV reembolsará al suscriptor la cantidad que resulte menor entre el gasto incurrido y lo que se hubiese pagado a un proveedor participante en Puerto Rico por el mismo servicio, de acuerdo a las tarifas establecidas, luego de descontar los coaseguros aplicables. Estos servicios están sujetos a los límites establecidos en esta cubierta.

LIMITACIONES

Plan Medico SSBV pagara por los gastos o servicios cubiertos, bajo las siguientes limitaciones:

1. La serie completa de radiografías (panorámica) no más de una cada tres (3) años contrato, por persona cubierta, y estas son mutuamente excluyentes una de la otra.
2. Los sellantes de fisura para menores de 14 años uno de por vida, por diente, en dientes posteriores permanentes y no obturados en el oclusal.
3. Las restauraciones en amalgama (platificaciones) y de resina compuesta están cubiertas una (1) cada dos (2) años por diente y superficie.
4. Mantenedores de espacio fijos para menores de 14 años, uno por cuadrante o arco, de por vida.
5. Las apicectomías, tratamientos y retratamientos una de por vida, por diente
6. El examen comprensivo periodontal se considerará para pago uno (1) por persona cubierta por Periodoncista. Puede repetirse luego de haber transcurrido 3 años desde la última evaluación periodontal comprensiva.
7. El mantenimiento periodontal uno cada seis (6) meses después de haber concluido la terapia activa.
8. El alisado radicular un servicio por cuadrante cada dos (2) años.

9. El detartraje se cubre una vez al año siempre que haya transcurrido por lo menos 12 meses desde el último mantenimiento periodontal o profilaxis dental (D1110).
10. La ferulización provisional extra coronal está cubierta hasta uno (1) por cuadrante cada tres (3) años.
11. Gingivoplastia y gingivectomía, hasta uno (1) de los dos servicios por cuadrante cada 3 años.
12. El *flap gingival* incluye el alisado radicular hasta uno (1) por cuadrante, cada 3 años mientras que el *flap posicional apical* uno por cuadrante, por vida.
13. Esta Cubierta Dental Extendida (D3) no duplicara beneficios y/o servicios dentales ofrecidos en la cubierta médica.
14. Máximo anual por persona, para esta cubierta de \$1,000.00.

EXCLUSIONES

Plan Medico SSBV no pagara por los siguientes gastos o servicios, excepto que se disponga lo contrario:

1. Todo servicio no incluido como servicio cubierto en la descripción de esta cubierta
2. Esta cubierta no duplicara beneficios incluidos en la cubierta básica
3. Tratamientos de endodoncia en dientes primarios (deciduos)
4. Retratamiento de canal en casos de endodoncias contaminadas como consecuencia de que no asistió a restaurarse debidamente el diente
5. Servicios de prótesis y ortodoncia
6. Implantes dentales y todos los servicios relacionados
7. Coronas permanentes en dientes primarios (deciduos)
8. Servicios con fines estéticos o cosméticos
9. Injertos a los tejidos orales
10. Accidentes o enfermedades cubiertas por el Fondo del Seguro del Estado o Accidentes de automovil (ACCA)
11. Procedimientos experimentales



TABLA DE DEDUCIBLES, COPAGOS Y COASEGUROS
Cubierta Dental Extendida (D3)

Cubiertas Metálicas

Cubierta Dental Extendida D3	Deducibles, Copagos y Coaseguros
Servicios Diagnósticos, Preventivos	0%
Servicios Restaurativos	20%
Servicios Especiales de Restauración	40%
Servicios de Endodoncia	40%
Servicios de Periodoncia	40%