

	NO DE ORTODONCIA		ORTODONCIA	
	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Deducible Anual Individual	\$50	\$50	\$0	\$0
Deducible Anual Familiar	\$150	\$150	\$0	\$0
Beneficio Máximo Anual (El beneficio total pagadero por el plan no excederá la cantidad máxima más alta indicada, ya sea por servicios dentro de la red o fuera de la red.)	\$3,000 por cada persona, por cada año calendario	\$2,000 por cada persona, por cada año calendario	\$2,000 por cada persona de por vida	\$2,000 por cada persona de por vida
El Deducible Anual se Aplica a los Servicios Preventivos y de Diagnóstico	No			
El Deducible Anual se Aplica a los Servicios de Ortodoncia	No			
Periodo de Espera	Sin periodo de espera			
Requisito para el Beneficio de Ortodoncia	Adultos e hijos			

SERVICIOS CUBIERTOS*	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED	PAUTAS DE BENEFICIOS
	EL PLAN PAGA**	EL PLAN PAGA***	
SERVICIOS PREVENTIVOS Y DE DIAGNÓSTICO			
Evaluación bucal periódica	100%	50%	Se limita a 2 veces por cada 12 meses consecutivos.
Radiografías - Aleta de mordida	100%	50%	Aleta de mordida: Se limita a 1 serie de placas por cada año calendario. Completa/panorámica: Se limita a 1 vez por cada 36 meses consecutivos. Se limitan a 2 placas por cada año calendario.
Radiografías - Intrabucales/extrabucales	100%	50%	
Pruebas de laboratorio y otros exámenes de diagnóstico	100%	50%	
Profilaxis dental (limpiezas)	100%	50%	Se limita a 2 veces por cada 12 meses consecutivos.
Tratamientos con fluoruro	100%	50%	Se limitan a personas cubiertas menores de 16 años y a 2 veces por cada 12 meses consecutivos.
Selladores	100%	50%	Se limitan a personas cubiertas menores de 16 años y a una vez por primer o segundo molar permanente por cada 36 meses consecutivos.
Mantenedores de espacio	100%	50%	Para personas cubiertas menores de 16 años, se limitan a 1 por cada 60 meses consecutivos.
SERVICIOS DENTALES BÁSICOS			
Restauraciones (amalgama o compuesto de resina en diente anterior)*	50%	50%	Varias restauraciones en una superficie se tratarán como un solo empaste dental.
Servicios generales - Tratamiento de emergencia	50%	50%	Con cobertura como un beneficio aparte solamente si no se prestó ningún otro servicio, excepto radiografías, durante la visita.
Servicios generales - Protectores oclusales	50%	50%	Se limitan a 1 protector cada 36 meses consecutivos.
Servicios generales - Anestesia	50%	50%	Cuando es clínicamente necesaria.
Extracciones simples	50%	50%	Se limitan a 1 vez por cada diente de por vida.
Cirugía bucal - Biopsia con cepillo	50%	50%	
Cirugía bucal - Extracciones quirúrgicas	50%	50%	
Cirugía bucal - Parcial/completamente en el hueso	50%	50%	
Cirugía bucal - Otro tipo	50%	50%	
Endodoncia - Pulpotomía	50%	50%	
Endodoncia - Otro tipo	50%	50%	Tratamiento de conducto radicular: Se limitan a 1 vez por cada diente de por vida.
Mantenimiento periodontal	50%	50%	Se limita a 2 veces por cada 12 meses consecutivos luego de un tratamiento periodontal activo y complementario, sin incluir un desbridamiento total.
Periodoncia - No quirúrgica	50%	50%	Raspado y alisado radicular: Se limita a 1 vez por cada cuadrante, por cada 24 meses consecutivos.
Periodoncia - Quirúrgica	50%	50%	Se limita a 1 cuadrante o sitio por cada 36 meses consecutivos, por cada área quirúrgica.
Periodoncia - Cirugía ósea	50%	50%	Se limita a 1 cuadrante o sitio por cada 36 meses consecutivos, por cada área quirúrgica.
SERVICIOS DENTALES MAYORES			
Incrustaciones tipo inlay/tipo onlay/coronas*	50%	50%	Se limitan a 1 vez por cada diente, por cada 60 meses consecutivos.
Dentaduras postizas y otras prótesis extraíbles	50%	50%	Dentaduras postizas parciales/completas: Se limitan a 1 por cada 60 meses consecutivos. No hay asignaciones adicionales para accesorios de precisión o semiprecisión.
Dentaduras postizas parciales fijas (puentes)*	50%	50%	Se limitan a 1 vez por cada diente, por cada 60 meses consecutivos.
SERVICIOS DE ORTODONCIA			
Diagnóstico o corrección de la alineación inadecuada de los dientes o la mordida	50%	50%	