

Cobertura dental  
**Plan dental PPO**

La cobertura que le ayuda a mantener una sonrisa saludable.





## Cobertura para sus necesidades de cuidado dental.

Las investigaciones nos demuestran que la salud bucal y la salud en general están estrechamente relacionadas. Así que, si sus dientes están sanos, ayudará también a que su cuerpo se mantenga sano.

Nuestro plan **Dental PPO** ofrece opciones de cobertura para **servicios preventivos y de diagnóstico, y servicios básicos y restaurativos mayores** a través de la red Maximum Care de Careington de **200,000 proveedores**.

**Es fácil de solicitar y lo puede completar en minutos.**

### Plan Dental PPO en un vistazo



100% de cobertura en ambos planes para muchos servicios preventivos como limpiezas, radiografías y exámenes bucales<sup>1</sup>



Le paga hasta **\$1,200** por persona, por año calendario por los servicios cubiertos en el plan Premier



Una amplia red de dentistas y especialistas de donde elegir. **Visite [ChesapeakePlus.com](https://www.chesapeakeplus.com)** para obtener un listado de proveedores que forman parte de la red<sup>1</sup>



Primas económicas que no aumentan a medida que envejece y con una cobertura Básica **que inicia en \$19<sup>40</sup> al mes<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Careington Benefit Solutions, una compañía CAREINGTON International, administra los planes de seguro dental en nombre de Chesapeake a través de su extensa red Maximum Care. | <sup>2</sup>Prima para un plan dental PPO Básico para adultos.



BENEFICIOS -		
Proveedor de la red <sup>1</sup>	Básico	Premier
Servicios cubiertos	Servicios preventivos, de diagnóstico, restaurativos y complementarios	Servicios preventivos, de diagnóstico, restaurativos, complementarios, servicios de endodoncia, periodoncia, prostodoncia y de cirugía bucal
• Tipo I	100% No hay período de espera	100% No hay período de espera
• Tipo II	50% Período de espera de 6 meses	80% Período de espera de 6 meses
• Tipo III	No está cubierto	60% Período de espera de 12 meses
Deducible del año calendario (Se aplica solo a los Tipos II y III)	\$100 por persona Máximo de tres por familia	\$50 por persona Máximo de tres por familia
Máximo por año calendario	\$1,000 por persona \$5,000 por familia	\$1,200 por persona \$6,000 por familia

### PRIMAS MENSUALES

Adulto	\$19. <sup>40</sup>	\$39. <sup>60</sup>
Hijo(a)	\$16. <sup>30</sup>	\$28. <sup>40</sup>

Consulte las siguientes páginas para conocer los detalles de los servicios cubiertos Tipo I, Tipo II y Tipo III | El cuadro anterior es solo un ejemplo de las opciones de beneficios y primas por persona cubierta | Ingrese a [ChesapeakePlus.com](http://ChesapeakePlus.com) para obtener una lista de proveedores que forman parte de la red.

<sup>1</sup> Ciertos servicios incluyen limitaciones. Consulte la Póliza para conocer los detalles. | Aviso: Si un asegurado decide recibir servicios dentales o procedimientos que no están cubiertos bajo la Póliza, un dentista proveedor de la red podría cobrar su tarifa usual y habitual por dichos servicios o procedimientos. Antes de prestarle los servicios o procedimientos dentales que no constituyen gastos cubiertos a un asegurado, el dentista debe brindarle un plan de tratamiento que incluya cada servicio o procedimiento anticipado que será prestado y el costo estimado de cada servicio o procedimiento. Para entender completamente la cobertura prevista bajo la Póliza, debe leerla cuidadosamente.

## Servicios cubiertos Tipo I<sup>1</sup>

Los planes Premier y Básico incluyen los siguientes servicios sin período de espera:

### Preventivos:

- Profilaxis: una vez cada seis meses
- Fluoruro tópico: una vez cada 12 meses, hasta los 16 años
- Sellantes: una vez cada 36 meses, hasta la edad de 16 años

### De diagnóstico:

- Evaluaciones bucales: una vez cada seis meses
- Radiografías de aleta de mordida: una vez cada 12 meses
- Aleta de mordida en angulación vertical: una vez cada 36 meses
- Moldes de diagnóstico

## Servicios cubiertos Tipo II<sup>2</sup>

Los planes Premier y Básico incluyen los siguientes servicios con un período de espera de 6 meses:

### Preventivos:

- Mantenedores de espacios: hasta los seis años

### De diagnóstico:

- Películas intraorales, extraorales y panorámicas: una vez cada 36 meses

### Restaurativos:

- Amalgama, primaria o permanente y compuesto de resina

### Complementarios:

- Tratamiento paliativo (de emergencia) del dolor
- Seccionamiento de dentadura postiza parcial fija
- Anestesia local
- Analgesia: hasta los 13 años
- Inhalación de óxido nitroso
- Análisis y ajuste oclusivo



<sup>1</sup> Los servicios tipo I para los planes Premier y Básico están cubiertos al 100% dentro y fuera de la red. | <sup>2</sup> Los servicios tipo II para el plan Premier están cubiertos al 80% dentro y fuera de la red. Los servicios de Tipo II para el plan Básico están cubiertos al 50% dentro de la red y fuera de la red.

## Servicios cubiertos Tipo III<sup>1</sup>

El plan Premier solo incluye los siguientes servicios con un período de espera de 12 meses, a menos que se indique lo contrario:

### Restaurativos:

- Incrustaciones y sobreincrustaciones (y recementación, una vez cada 12 meses después de un período de espera de seis meses)
- Coronas; postes dentales y reconstrucción de muñones
- Retención de pines además de la restauración: hasta dos procedimientos cada 12 meses
- Rellenos con sedación

### Endodoncia:

- Recubrimiento pulpar; pulpotomía terapéutica; terapia pulpar
- Tratamiento de canales o terapia endodóntica

### Cirugía bucal:

- Extracción de diente erupcionado; extracción de diente impactado
- Trasplante de dientes
- Alveoloplastia
- Eliminación de un quiste o tumor de 1.25 cm o más grande
- Incisión y drenaje de absceso

### Prostodoncia:

- Dentaduras postizas completas y parciales: una vez cada cinco años para dentaduras postizas completas para reemplazar dientes perdidos/quebrados
- Ajuste y reparación de dentaduras postizas

### Periodoncia:

- Gingivectomía/gingivoplastia: una vez cada 36 meses
- Procedimiento de colgajo gingival y cirugía ósea: cada uno limitado a una vez cada 36 meses
- Procedimientos de injerto de tejido blando
- Raspado periodontal y alisado radicular: limitado a cuatro cuadrantes separados cada dos años
- Desbridamiento bucal completo para permitir la evaluación y el diagnóstico, una vez cada 36 meses

<sup>1</sup>Los servicios de Tipo III solo para el plan Premier están cubiertos al 60% dentro y fuera de la red.

Para obtener un listado completo de los beneficios, exclusiones y limitaciones, consulte su Póliza. En caso de alguna discrepancia contenida en este folleto, regirán los términos y las condiciones contenidos en los documentos de la Póliza. Póliza de Seguro dental de la Organización de proveedores preferidos (PPO, en inglés), Formulario CH-26121-IP (01/12) GA. | La información aquí contenida es precisa en todo momento durante su publicación. Este folleto únicamente proporciona información resumida.

## Aviso para nuestros clientes acerca del Seguro suplementario

- El plan suplementario que se analiza en este documento es diferente de cualquier cobertura de seguro médico que haya comprado con otra compañía de seguros.
- Este plan proporciona cobertura opcional para una prima adicional. Su propósito es complementar su seguro médico y brindar protección adicional.
- No se requiere este plan para comprar un seguro médico con otra compañía de seguros.
- No se debe usar este plan como un sustituto de una cobertura de seguro médico integral. No se considera como Cobertura Mínima Esencial bajo la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio.



## Otra información importante:

### EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

#### No brindaremos beneficio alguno por cargos que surjan directa o indirectamente, de forma parcial o total, de:

**Para los planes Básico y Premier:** Tratamiento, atención, servicios o suministros para los cuales los beneficios no se proporcionen específicamente en la Póliza | Cargos que excedan el Máximo de beneficios, si los hubiere | Intento de suicidio o lesión autoinfligida intencionalmente | Involucramiento directo o indirecto en actividades ilegales | Tratamiento o alteraciones a la articulación temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés) | Un servicio no proporcionado por un dentista, a menos que haya sido por un higienista dental bajo la supervisión del dentista y radiografías ordenadas por el dentista | Control de placa, llenado de formularios de reclamos; citas canceladas, flúor recetado o para llevar a casa o fotografías de diagnóstico | imágenes faciales/bucales, incluyendo imágenes intraorales y extraorales | Pruebas de vitalidad pulpar | Carillas labiales (láminas) en el consultorio | Anestesia regional de bloqueo | Llamadas al hospital, la casa o el centro de atención extendida | Visitas al consultorio para fines de observación durante o después del horario regular programado | Consultas fuera del horario regular programado | Microabrasión del esmalte | Servicios no completados al final del mes en el cual termina la cobertura | Procedimientos que comenzaron, pero no se completaron | Aquellos servicios para los cuales no habría ningún cargo en ausencia de un seguro o por cualquier servicio o tratamiento proporcionado sin cobro | Servicios en conexión con la guerra o cualquier acto de guerra, ya sea declarado o no declarado, o afección contraída o que ocurra accidentalmente mientras se está en servicio activo de tiempo completo en las fuerzas armadas de algún país o combinación de países | Atención o tratamiento de una afección para la cual los beneficios sean pagaderos bajo cualquier Ley de Compensación de los Trabajadores o ley similar | Procedimientos de ortodoncia | Gastos cubiertos por los cuales un asegurado no está obligado a pagar | Tratamiento experimental/investigativo

**Solo para el plan Básico:** Procedimientos cosméticos

**Solo para el plan Premier:** Procedimientos cosméticos, salvo los causados por una lesión o por una malformación congénita o del desarrollo. El revestimiento de coronas o elementos intermedios del puente, posterior al segundo bicúspide se considera un procedimiento cosmético | El reemplazo de dentaduras postizas completas y parciales, puentes, incrustaciones, sobreincrustaciones o coronas que se puedan reparar o restaurar para su funcionamiento normal | Implantes; reemplazo de aparatos perdidos o robados; reemplazo de retenedores de ortodoncia; protectores bucales para atletas; aditamentos de precisión o semiprecisión; duplicado de dentaduras postizas; o ferulización | Reemplazo de cualquier aparato protésico, corona, incrustación o reparación de sobreincrustación o puente fijo dentro de los 5 años siguientes a la fecha del último reemplazo, a menos que sea debido a una lesión | Extracciones posteriores, a menos que sea en conjunto con terapia endodóntica | Reimplantación intencional, incluyendo colocación necesaria de férulas | Procedimiento quirúrgico para aislar el diente con un empaste de goma | Preparación de canales y ajuste de sujeción o poste realizado | Un reemplazo inicial de una dentadura postiza removible parcial o completa de uno o más dientes naturales perdidos antes de que la cobertura fuera efectiva bajo la Póliza. Esta limitación no aplica si el reemplazo incluye un diente natural extraído mientras estaba bajo la cobertura de la Póliza

## Información sobre la cobertura:

**LA COBERTURA INICIA:** Una vez Chesapeake haya aprobado su solicitud y usted haya pagado su prima, la cobertura iniciará en la fecha que se muestra en el programa de la Póliza.

**RENOVABILIDAD:** Su Póliza tiene renovación garantizada, sujeta al derecho de Chesapeake de discontinuar o cancelar la cobertura, según lo estipula la sección de Cancelación de la Cobertura de la Póliza.

**CAMBIOS DE PRIMA:** Chesapeake se reserva el derecho de cambiar la tabla de las primas, basado en la clasificación, cuya vigencia se venza bajo la Póliza en cualquier aniversario de la Póliza; siempre que Chesapeake le haya enviado un aviso por escrito al menos 60 días antes de la fecha de entrada en vigor de las nuevas tarifas.

**CANCELACIÓN DE LA COBERTURA:** Su cobertura finalizará y no se pagarán más beneficios en virtud de la Póliza en los siguientes casos: | Al final del período para el cual se pagó la prima (sujeto al período de gracia) | Si su modalidad de prima es mensual, al final del período a través del cual la prima ha sido pagada después de que hayamos recibido su solicitud de cancelación por escrito | Si su modalidad de prima es diferente a la mensual, en el día de aniversario del mes siguiente después de haber recibido su solicitud de cancelación por escrito. La prima se reembolsará por cualquier cantidad pagada después de la fecha de cancelación | Si el asegurado comete cualquier acto o práctica que constituya un fraude o tergiversación intencional de hechos importantes al solicitar o adquirir cobertura, sujeto a la disposición sobre el Límite de tiempo para ciertas defensas que figura la sección de Disposiciones generales de esta Póliza | En la fecha que elijamos para discontinuar este plan o tipo de cobertura, le enviaremos un aviso por escrito con no menos de 90 días de anticipación a la fecha en que se descontinúe la cobertura. Le ofreceremos una opción de compra de cualquier cobertura que ofrezcamos sin importar su estado de salud | En la fecha que elijamos para discontinuar toda la cobertura en su estado, le enviaremos a usted y al Comisionado un aviso al menos 180 días antes de la fecha en que se descontinúe la cobertura. | En la fecha en que un asegurado deje de ser un residente permanente de los Estados Unidos. Cualquier prima no devengada que usted haya pagado se reembolsará de manera proporcional. Su cancelación se llevará a cabo sin perjuicio de ningún reclamo originado antes de la fecha de entrada en vigor de su cancelación.

# Enfrente los desafíos de la vida

con el portafolio de productos de seguros de vida y suplementarios de SureBridge

**Accidentes | Dental | Discapacidad | Indemnización  
Fija por enfermedad | Metal Gap | Vista**

**SureBridgeInsurance.com  
(800) 815-8535**

Entre semana de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. en todas las zonas horarias.



**SureBridge**<sup>®</sup>  
Underwritten by  
The Chesapeake Life Insurance Company<sup>®</sup>

## Acerca de nosotros

SureBridge es una de las marcas líderes de cobertura de seguro suplementario en los Estados Unidos, que ayuda a brindar seguridad financiera a los estadounidenses de todas las edades y sus familias. Nuestro portafolio integral de productos está disponible por medio de agentes de seguros autorizados en 46 estados y el Distrito de Columbia, a través de HealthMarkets Insurance Agency Inc., así como de otros distribuidores de seguros no afiliados. Los dueños de póliza de SureBridge pueden recibir beneficios directos en efectivo para gastos ocasionados por problemas médicos inesperados, enfermedades constantes y desafíos al final de la vida.

El portafolio de SureBridge incluye planes dentales, para la vista y de otra índole que complementan el seguro médico de una persona. Estos planes ayudan a proporcionar una capa adicional de protección en caso de lesión accidental, enfermedad catastrófica, hospitalización o cáncer.

SureBridge<sup>®</sup> es una marca registrada utilizada tanto para productos que son y no son de seguros, ofrecidos por subsidiarias de HealthMarkets, Inc. Los productos de seguro de vida y suplementarios son suscritos por The Chesapeake Life Insurance Company<sup>®</sup>. Las oficinas administrativas están ubicadas en North Richland Hills, TX. Los productos son comercializados a través de agentes/productores independientes. La disponibilidad de los productos de seguros puede variar según el estado.

**SureBridge**<sup>®</sup>  
Underwritten by  
The Chesapeake Life Insurance Company<sup>®</sup>