



## Texas Essential Health Benefit – Plan familiar Premier Choice con EHB (para niños)

Este resumen de beneficios, junto con las exclusiones y limitaciones, describe los beneficios de Texas Essential Health Benefit – Plan familiar Premier Choice con Beneficios de salud esenciales (Essential Health Benefits, EHB) (para niños). Revise en detalle para comprender todos los beneficios, exclusiones y limitaciones.

Beneficio de salud esencial SOLO para niños*	En la red	Fuera de la red**
<b>Clase I/Preventivo:</b> limpiezas, exámenes, fluoruro, selladores, separadores, dolor de emergencia y radiografías: aleta de mordida.	100 %	100 %
<b>Clase II/Básico:</b> radiografías (radiografía de la boca completa, radiografía panorámica), restauraciones (amalgamas y resinas anteriores), extracciones simples y anestesia (anestesia general y sedación intravenosa).	80 %	80 %
<b>Clase III/Principal:</b> extracciones quirúrgicas, cirugía bucal, endodoncia, mantenimiento periodontal, periodoncia, incrustaciones, recubrimientos, coronas, reparación de coronas, puentes, reparaciones de puentes, prótesis dentales y reparación de prótesis dentales.	50 %	50 %
<b>Clase II, III y IV/Ortodoncia</b> (solo para ortodoncia previamente autorizada necesaria desde el punto de vista médico)	50 % para ortodoncia necesaria desde el punto de vista médico	
Deducible (exento para Clase I) (por persona)	\$200	
Máximo en efectivo (OOP) (por persona)	\$350	
Máximo en efectivo*** (OOP) (por familia: 2 o más hijos)	\$700	
Máximo anual	N/D	
Máximo ortodoncia de por vida	N/D	
Periodo de espera	Ninguno	

\*Este plan está disponible para personas de hasta 19 años.

\*\*Los beneficios fuera de la red se basan en un monto máximo que el Dentista de la red ha acordado aceptar con Premier Access como pago total por el servicio odontológico.

\*\*\*Dos (2) familiares deben alcanzar cada uno el máximo en efectivo en un año del plan. Una vez cumplido esto, se alcanza el máximo familiar y no se aplicará a otros familiares.

Plan Premier Choice SOLO para adultos*	En la red	Fuera de la red**
<b>Clase I/Preventivo:</b> limpiezas, exámenes, separadores, dolor de emergencia, radiografía de aleta de mordida y radiografías (radiografía de la boca completa, radiografía panorámica).	100 %	100 %
<b>Clase II/Básico:</b> fluoruro, selladores, restauraciones (amalgamas y resinas anteriores), extracciones simples, extracciones quirúrgicas, cirugías bucales, endodoncia, mantenimiento periodontal, periodoncia y anestesia.	80 %	80 %
<b>Clase III/Principal:</b> incrustaciones, recubrimientos, coronas, reparación de coronas, puentes, reparaciones de puentes, prótesis dentales y reparación de prótesis dentales.	50 %	50 %
<b>Clase IV/Ortodoncia</b>	N/D	
Deducible*** (exento para Clase I) (por persona)	\$50	
Máximo en efectivo (OOP) (por persona)	N/D	
Máximo en efectivo (OOP) (por familia: 2 o más hijos)	N/D	
Máximo anual	\$1,000	
Máximo ortodoncia de por vida	N/D	
Periodo de espera (exento con prueba de cobertura anterior)***	6 meses para Servicios básicos y 12 meses para Servicios principales	

\*Este plan está disponible para personas a partir de los 19 años.

\*\*Los beneficios fuera de la red se basan en un monto máximo que el Dentista de la red ha acordado aceptar con Premier Access como pago total por el servicio odontológico.

\*\*\*Cuando 3 asegurados alcancen el deducible, no será necesario alcanzar deducibles adicionales para ese año del plan.

\*\*\*\*La cobertura anterior con un plan grupal no debe exceder el lapso de 30 días antes de la fecha de entrada en vigencia.

## Texas Essential Health Benefit – Plan familiar Premier Choice con EHB (para niños)

### CLASES DE SERVICIOS Y SUMINISTROS CUBIERTOS (personas de hasta 19 años)

Se brinda cobertura para los servicios y suministros dentales descritos en esta sección.

Tenga en cuenta las limitaciones de frecuencia y edad que se aplican para determinados procedimientos. Todos los límites de frecuencia especificados se aplican al día.

En el caso de Su póliza, los Servicios y suministros cubiertos específicos pueden estar dentro de una categoría Clase que no sea la que se indica a continuación. Si Su póliza tiene categorizaciones de Clase diferentes de las que se indican a continuación, esto se especifica en el Programa de beneficios.

#### Clase I: servicios odontológicos preventivos

- Exámenes bucales
  - Se limitan a dos veces en un período de 12 meses para cualquier combinación de exámenes bucales.
- Radiografías
  - Las radiografías de aletas de mordida se limitan a una vez por período de 12 meses (no es un beneficio además de una serie de boca completa).
- Profilaxis (limpieza)
  - Se limita a una vez por período de 12 meses.
- Tratamiento con aplicación tópica de fluoruro
  - Se limita a dos veces por período de 12 meses.
- Selladores
  - Las aplicaciones de selladores se limitan a una vez por período de 24 meses, sobre fosas y fasetas no restauradas del 1.<sup>er</sup> y 2.<sup>do</sup> molar permanente.
- Separador
  - Solo para pérdida prematura de dientes deciduos (de bebé) posteriores (de atrás).
- Tratamiento paliativo

- Tratamiento para el dolor de emergencia

#### Clase II: servicios odontológicos básicos

- Radiografías
  - La serie completa de radiografías (incluye aleta de mordida) se limita a una vez cada 60 meses.
  - Las radiografías panorámicas se limitan a dos veces por período de 12 meses.
- Restauraciones de amalgama (plata)
  - Las múltiples restauraciones en 1 superficie se considerarán un solo empaste.
  - Varias restauraciones en distintas superficies del mismo diente se considerarán relacionadas.
  - Se limitan a una vez cada 24 meses.
- Restauraciones de resina (diente coloreado): SOLO diente anterior (frente)
  - Se limitan a una vez cada 24 meses para la misma restauración de amalgama (resina) cubierta.
- Restauraciones de resina (diente coloreado): SOLO diente posterior (atrás)
  - Se limita al beneficio de la restauración de amalgama correspondiente.
  - Antes de la colocación, el miembro debe ser informado y debe acordar pagar la diferencia de costo.
- Restos coronales: diente decidido.
- Extracción de diente brotado o raíz expuesta.
- Las consultas, incluidas las consultas con especialistas, se limitan a lo siguiente:
  - Considerado para pago como un beneficio por separado solo si no se proporciona ningún otro tratamiento (excepto radiografías) durante la misma fecha.
  - Los beneficios no se tendrán en cuenta para el pago si el objetivo de la consulta es describir el Plan de tratamiento odontológico.

## Texas Essential Health Benefit – Plan familiar Premier Choice con EHB (para niños)

- La anestesia general y sedación intravenosa se limitan a lo siguiente:
  - Considerado para pago como un beneficio por separado solo cuando sea necesario desde el punto de vista médico (según lo determina el Plan) y cuando se administra en el consultorio del Dentista o en el centro de cirugía ambulatoria, junto con servicios quirúrgicos bucales complejos, cubiertos conforme a la Póliza.
  - No es un beneficio para el control del miedo y la ansiedad.
  - La sedación oral y la analgesia con óxido nitroso están cubiertas para niños hasta los 13 años.

### Clase III: servicios odontológicos principales

- La pulpotomía terapéutica (diente primario) no incluye la restauración final.
  - Beneficio solo para el diente primario (de bebé).
- Terapia en el conducto radicular (anterior/bicúspide/molar) no incluye la restauración final.
  - Beneficio solo para dientes permanentes.
- Recementado de corona.
- Corona de acero inoxidable prefabricada (dientes primarios y permanentes); Corona prefabricada de resina (solo dientes anteriores); Corona de acero inoxidable prefabricada con carilla de resina (solo dientes anteriores).
  - Si se usa más de una restauración para un diente, la asignación del beneficio se pagará por el servicio más abarcador.
  - Las coronas prefabricadas por diente son beneficios una vez en un período de 24 meses.
- Extracción quirúrgica de dientes brotados.
- Extracción de dientes impactados.
  - La eliminación de 3.<sup>ros</sup> molares con patología no es un beneficio cubierto.

### Clase IV: ortodoncia

- La ortodoncia está cubierta cuando es necesaria desde el punto de vista médico y está aprobada en forma previa por el plan.

### Exclusiones generales

Los Servicios y suministros cubiertos no incluyen los siguientes:

- 1) Tratamiento que:
  - a) no esté incluido en la lista de Servicios y suministros cubiertos;
  - b) no sea necesario desde el punto de vista odontológico; o
  - c) sea de naturaleza experimental.
- 2) Los cargos:
  - a) Que sean pagaderos o reembolsables por o a través de un plan o programa de cualquier agencia gubernamental, salvo si el cargo está relacionado con una discapacidad surgida en servicio no militar y que una agencia gubernamental de los Estados Unidos brinde tratamiento. Sin embargo, siempre reembolsaremos a la agencia de asistencia médica local o estatal (Medicaid) por los servicios y suministros cubiertos.
  - b) Que no sean impuestos en contra de la persona o por los cuales la persona no es responsable.
  - c) Que sean reembolsables por Medicare Parte A y Parte B. Si una persona en cualquier momento tuvo derecho a inscribirse en el programa Medicare (incluso la Parte B) pero no lo hizo, se reducirá de sus beneficios en virtud de esta Póliza el monto que hubiera sido reembolsado por Medicare, cuando la ley lo permita. Sin embargo, para personas aseguradas por Empleadores que nos notifiquen que emplean a 20 o más Empleados durante el año comercial anterior, esta exclusión no se aplica a un Empleado en actividad y/o a su cónyuge que tenga 65 años o más si el Empleado elige la cobertura en virtud de esta Póliza en lugar de la cobertura en virtud de Medicare.

## Texas Essential Health Benefit – Plan familiar Premier Choice con EHB (para niños)

- 3) Los servicios o suministros que surjan de o durante el transcurso de Su ocupación habitual remunerada o productiva o la de Su dependiente por la que Usted o Su dependiente tengan derecho a beneficios en virtud de cualquier Ley de Compensación para Trabajadores, Ley de Responsabilidad del Empleador o leyes similares. Debe reclamar y notificar al Plan todos estos beneficios de inmediato.
- 4) Los servicios y suministros provistos por un dentista, higienista dental, técnico dental o médico que sea:
  - a) un Familiar cercano o una persona que normalmente vive con Usted o un Dependiente;
  - b) un Empleado del Empleador;
  - c) el Empleador.
- 5) Los servicios y suministros que no se prevea razonablemente que corrijan con éxito la afección dental de la Persona cubierta durante un período de al menos tres años, según lo determine el plan.
- 6) Todos los servicios para los que se presente un reclamo más de 6 meses después de la fecha del servicio.
- 7) Los servicios y suministros como un procedimiento dental y considerados un procedimiento según los códigos de procedimientos odontológicos estándares, pero separados en múltiples códigos de procedimientos con fines de facturación. El Cargo cubierto por los Servicios se basa en el código de procedimiento odontológico que representa exactamente el tratamiento realizado.
- 8) Los servicios y suministros provistos principalmente para fines cosméticos.
- 9) Los servicios y suministros cubiertos recibidos fuera de los Estados Unidos, salvo en el caso de la atención odontológica de emergencia.
- 10) La corrección de afecciones congénitas o el reemplazo de dientes permanentes ausentes por cuestiones congénitas no cubiertos, independientemente de la cantidad de tiempo que se haya tenido el diente temporal.
- 11) Los moldes de diagnóstico, a menos que sean para ortodoncia necesaria desde el punto de vista médico.
- 12) Los procedimientos educativos, incluidos, entre otros, higiene bucal, control de sarro o instrucciones sobre dietas.
- 13) El equipo o los suministros personales, incluidos, entre otros, irrigadores bucales, cepillos de dientes o porta-hilo dental.
- 14) Los procedimientos restaurativos, conductos radiculares y aparatos provistos por desgaste, abrasión, erosión o para fines cosméticos.
- 15) Los aparatos, incrustaciones, restauraciones fundidas, coronas u otras restauraciones preparadas por laboratorios usadas principalmente con fines de ferulización.
- 16) El reemplazo de un aparato o prótesis perdido o robado.
- 17) El reemplazo de dentaduras postizas parciales.
- 18) Los cargos de un hospital o centro por habitación, gastos por suministros o de la sala de emergencias, radiografías de tórax de rutina y exámenes médicos antes de una cirugía bucal.
- 19) Tratamiento para una fractura de mandíbula.
- 20) Los servicios, suministros y aparatos relacionados con el cambio de dimensión vertical, restauración o mantenimiento de oclusión, ferulización o estabilización de dientes por motivos de periodoncia, registro de la mordida, análisis de la mordida, desgaste, erosión o abrasión, y tratamiento para la disfunción de la articulación temporomandibular (temporomandibular joint, TMJ), a menos que se incluya una cláusula de beneficios de TMJ en esta Póliza.
- 21) Inyección de fármacos terapéuticos.
- 22) La cumplimentación de formularios de reclamación.
- 23) Las citas odontológicas a las que no asista.
- 24) Las coronas fundidas y de porcelana.
- 25) Las coronas, incrustaciones, restauraciones fundidas u otras restauraciones preparadas por laboratorios en dientes que pueden restaurarse con un empaste de resina de amalgama.
- 26) La extracción de muelas del juicio sin patologías.
- 27) La reconstrucción de coronas no está cubierta como servicio por separado.
- 28) La estabilización temporaria de dientes, que no sea con separadores cubiertos, no está cubierta.



## Texas Essential Health Benefit – Plan familiar Premier Choice con EHB (para niños)

- 29) La sedación oral y la analgesia con óxido nitroso no están cubiertas, salvo para niños hasta los 13 años.
- 30) Los implantes y los procedimientos y aparatos relacionados con ellos no son beneficios de los programas de Premier.
- 31) El reemplazo de dientes faltantes antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura.

## Texas Essential Health Benefit – Plan familiar Premier Choice con EHB (para niños)

### CLASES DE SERVICIOS Y SUMINISTROS CUBIERTOS (personas a partir de los 19 años)

Se brinda cobertura para los servicios y suministros dentales descritos en esta sección.

Tenga en cuenta las limitaciones de frecuencia y edad que se aplican para determinados procedimientos. Todos los límites de frecuencia especificados se aplican al día.

En el caso de Su póliza, los Servicios y suministros cubiertos específicos pueden estar dentro de una categoría Clase que no sea la que se indica a continuación. Si Su póliza tiene categorizaciones de Clase diferentes de las que se indican a continuación, esto se especifica en el Programa de beneficios.

#### Clase I: servicios odontológicos preventivos

- Exámenes integrales, exámenes periódicos, evaluaciones, reevaluaciones, exámenes bucales limitados o evaluaciones periodontales. Se limitan a 1 por período de 6 meses.
- Profilaxis dental (limpieza y limpieza de sarro). El beneficio se limita a 1 profilaxis dental o 1 procedimiento de mantenimiento periodontal por período de 6 meses, pero no ambos.
- Tratamiento con aplicación tópica de fluoruro.
  - Se limita a 1 por período de 6 meses.
- Tratamiento paliativo (de emergencia) para el dolor dental.
  - Considerado para pago como un beneficio por separado solo si no se proporciona ningún otro tratamiento (excepto radiografías) durante la misma visita.
- Las aplicaciones de selladores se limitan a 1 por período de 36 meses, sobre fosas y fosetas no restauradas del 1.<sup>er</sup> y 2.<sup>do</sup> molar permanente.
- Radiografías:
  - Serie completa de radiografías intrabucales, incluida la aleta de mordida y 10 a 14 radiografías periapicales o radiografías panorámicas. Se limita a 1 por período de 60 meses. El monto pagadero por el total de radiografías periapicales intrabucales

y aleta de mordida se limita a la asignación máxima para una serie completa de radiografías intrabucales en un año calendario.

- Radiografías de aleta de mordida (dos o cuatro radiografías). Se limitan a 1 por período de 12 meses. El monto pagadero por el total de radiografías periapicales intrabucales y aleta de mordida se limita a la asignación máxima para una serie completa de radiografías intrabucales en un año calendario.
- Otras radiografías:
  - Radiografías periapicales intrabucales.
  - El monto pagadero por el total de radiografías periapicales intrabucales y aleta de mordida se limita a la asignación máxima para una serie completa de radiografías intrabucales en un año calendario.
  - Radiografías oclusales intrabucales, se limitan a 1 radiografía por arco por período de 6 meses.
  - Radiografías extrabucales, se limitan a 1 radiografía por período de 6 meses.
  - Otras radiografías (excepto radiografías relacionadas con procedimientos de ortodoncia o disfunción de la articulación temporomandibular).

#### Clase II: servicios odontológicos básicos

- Restauraciones de compuesto o amalgama, se limitan a lo siguiente:
  - Las múltiples restauraciones en 1 superficie se considerarán un solo empaste.
  - Varias restauraciones en distintas superficies del mismo diente se considerarán relacionadas.
  - Los beneficios para reemplazo de una restauración existente solo se considerará para pago si han pasado al menos 36 meses desde que se realizó la restauración existente (excepto en circunstancias extraordinarias relacionadas con medios externos, violentos o accidentales o debido a radioterapia).
  - No se cubren empastes adicionales en la misma superficie de

## Texas Essential Health Benefit – Plan familiar Premier Choice con EHB (para niños)

un diente en menos de 36 meses, por el mismo consultorio o el mismo Dentista, excepto en circunstancias extraordinarias relacionadas con medios externos, violentos o accidentales o debido a radioterapia.

- Revestimientos y bases sedantes se consideran parte de un servicio de restauración y no se pagan como procedimientos separados.
- Las restauraciones de compuesto también se limitan a lo siguiente:
  - Las restauraciones mesial-lingual, distal-lingual, mesial-facial, y distal-facial en dientes anteriores se considerarán restauraciones en una única superficie.
  - El grabado ácido no se cubre como un procedimiento separado.
  - Los beneficios se limitan solo a dientes anteriores.
  - Los beneficios para restauraciones de resina de compuesto en dientes posteriores se limitan al beneficio para la restauración de amalgama correspondiente.
- Pernos, junto con una restauración de amalgama final.
- Separadores, incluidos todos los ajustes realizados dentro de los 6 meses de instalación.
- Coronas de acero inoxidable, se limitan a 1 por período de 36 meses para dientes que no pueden restaurarse mediante un empaste compuesto o amalgama.
- Pulpotomía (solo dientes primarios).
- Terapia en el conducto radicular:
  - Se incluyen todas las radiografías preoperatorias, operatorias y posoperatorias, cultivos bacteriológicos, pruebas de diagnóstico, anestesia local, todos los irrigantes, la obstrucción de los conductos radiculares y la atención de seguimiento de rutina.
  - Se limita a una vez en el mismo diente por período de 24 meses por el mismo proveedor.
- Se limita a dientes permanentes únicamente.
- Apicectomía/cirugía perirradicular (anterior, bicúspide, molar, cada raíz adicional), incluidas todas las radiografías preoperatorias, operatorias y posoperatorias, cultivos bacteriológicos, pruebas de diagnóstico, anestesia local y la atención de seguimiento de rutina.
- Empaste retrógrado: por raíz.
- Amputación radicular: por raíz.
- Hemisección, incluida cualquier extracción de raíz y una asignación para anestesia local, y la atención posoperatoria de rutina no incluye un beneficio para terapia en el conducto radicular.
- La limpieza de sarro periodontal y planeación radicular se limitan a lo siguiente:
  - 4 o más dientes por cuadrante, se limita a un mínimo de bolsillos de 5 mm (por diente), con evidencia radiográfica de pérdida ósea, se cubre 1 vez por cuadrante por período de 24 meses.
  - 1 a 3 dientes por cuadrante, se limita a un mínimo de bolsillos de 5 mm (por diente), con evidencia radiográfica de pérdida ósea, se cubre 1 vez por área por período de 24 meses.
  - En circunstancias no habituales, puede presentarse documentación adicional al Plan para revisión.
  - La planeación radicular luego de una cirugía ósea es un beneficio después de 36 meses en la misma área.
- Procedimiento de mantenimiento periodontal (después del tratamiento activo). El beneficio se limita a 1 profilaxis dental o 1 procedimiento de mantenimiento periodontal por período de 6 meses, pero no ambos.
- Los procedimientos de mantenimiento periodontal pueden utilizarse en aquellos casos en los que el paciente ha completado la terapia periodontal activa, y comienza no antes de los 3 meses posteriores. El procedimiento incluye cualquier examen para evaluación, curetaje, planeación radicular y/o pulido, según sea necesario.
- Los servicios periodontales relacionados enumerados a continuación se limitan a una vez por cuadrante de la boca en cualquier período de 36 meses con cargos combinados para los procedimientos que se indican a

## Texas Essential Health Benefit – Plan familiar Premier Choice con EHB (para niños)

### continuación:

- Procedimiento de colgajo gingival.
  - Procedimientos de gingivectomía.
  - Cirugía ósea.
  - Injertos de tejido pediculado.
  - Injertos de tejido blando.
  - Injertos de tejido subepitelial.
  - Injertos de reemplazo óseo.
  - Regeneración guiada de tejidos.
  - Procedimiento de alargamiento de la corona: tejido duro.
  - Se considerará para pago el procedimiento más abarcador cuando se realicen 2 o más procedimientos quirúrgicos.
- Los servicios de cirugía bucal según se enumeran a continuación, incluida una asignación para anestesia local y atención posoperatoria de rutina:
    - Extracciones simples.
    - Extracciones quirúrgicas, incluida la extracción de terceros molares con patologías (muelas del juicio).
    - Alveoloplastia.
    - Vestibuloplastia.
    - Extracción de exostosis (incluidos rodetes): maxilar o mandibular.
    - Frenulectomía (frenectomía o frenotomía).
    - Escisión de tejido hiperplásico: por arco.
  - La reimplantación de diente y/o estabilización de alveolo y/o diente desplazado o avulsionado accidentalmente se limita solo a dientes permanentes.
  - Extracción radicular: raíces expuestas.
  - Biopsia.
  - Incisión y drenaje.
  - Se considerará para pago el procedimiento más abarcador cuando se realicen 2 o más procedimientos quirúrgicos.
  - La anestesia general y sedación intravenosa se limitan a lo siguiente:

- Considerado para pago como un beneficio por separado solo cuando sea necesario desde el punto de vista médico (según lo determina el Plan) y cuando se administra en el consultorio del Dentista o en el centro de cirugía ambulatoria, junto con servicios quirúrgicos bucales complejos, cubiertos conforme a la Póliza.
  - No es un beneficio para el control del miedo y la ansiedad.
  - La sedación oral no es un beneficio cubierto.
- Las consultas, incluidas las consultas con especialistas, se limitan a lo siguiente:
    - Considerado para pago como un beneficio por separado solo si no se proporciona ningún otro tratamiento (excepto radiografías) durante la misma fecha.
    - Los beneficios no se considerarán para pago si el objetivo de la consulta es describir el Plan de tratamiento odontológico.

### Clase III: servicios odontológicos principales

- Las incrustaciones y recubrimientos (metálicos) se limitan a lo siguiente:
  - Se cubren solo cuando el diente no puede restaurarse mediante un empaste compuesto o amalgama.
  - Se cubren solo si han pasado más de 5 años desde la última colocación.
  - El procedimiento de reconstrucción se considera cubierto y está incluido en la tarifa.
  - Los beneficios se basan en la fecha de cementación.
- Las restauraciones de porcelana en dientes anteriores se limitan a lo siguiente:
  - Se cubren solo cuando el diente no puede restaurarse mediante un empaste compuesto o amalgama.
  - Se cubren solo si han pasado más de 5 años desde la última colocación.
  - Se limitan a dientes permanentes. Las restauraciones de



## Texas Essential Health Benefit – Plan familiar Premier Choice con EHB (para niños)

- porcelana en dientes primarios sobreretenidos no están cubiertas.
- El procedimiento de reconstrucción se considera cubierto y está incluido en la tarifa.
- Los beneficios se basan en la fecha de cementación.
- Las coronas fundidas se limitan a los siguiente:
  - Se cubren solo cuando el diente no puede restaurarse mediante un empaste compuesto o amalgama.
  - Se cubren solo si han pasado más de 5 años desde la última colocación.
  - Se limitan a dientes permanentes. Las coronas fundidas en dientes primarios sobreretenidos no están cubiertas.
  - Las coronas en terceros molares están cubiertas cuando los primeros o segundos molares adyacentes faltan y el diente está en función junto con un diente natural opuesto.
  - El procedimiento de reconstrucción se considera cubierto e incluido en la tarifa.
  - Los beneficios se basan en la fecha de cementación.
- El alargamiento de la corona se limita a un solo sitio cuando los dientes continuos están involucrados.
- Los puentes, coronas e incrustaciones recementadas se limitan a 3 por diente, 12 meses después de la última cementación.
- Poste y muñón:
  - Se cubre para dientes con tratamiento de endodoncia, que requieren coronas.
  - Se cubre 1 poste y muñón por diente.
- Las prótesis dentales completas se limitan a lo siguiente:
  - Se limita a 1 prótesis dental completa por arco.
  - El reemplazo se cubre solo si han pasado 5 años desde el último reemplazo Y la prótesis dental completa no es útil (para ver las excepciones, consulte la cláusula Agregado/Reemplazo de puente o prótesis dental en Exclusiones y limitaciones).
  - Los servicios incluyen cualquier ajuste o realineado realizado dentro de los 12 meses de la inserción inicial.
  - No pagaremos beneficios adicionales por sobredentaduras o prótesis dentales personalizadas o tratamientos relacionados.
- Los beneficios para prótesis dentales se basan en la fecha de prestación del servicio.
- Las prótesis dentales parciales, incluido cualquier gancho y soporte y todos los dientes, se limitan a lo siguiente:
  - Se limitan a 1 prótesis dental por arco.
  - El reemplazo se cubre solo si han pasado 5 años desde el último reemplazo Y la prótesis dental parcial no es útil (para ver las excepciones, consulte la cláusula Agregado/Reemplazo de puente o prótesis dental en Exclusiones y limitaciones).
  - Los servicios incluyen cualquier ajuste o realineado realizado dentro de los 12 meses de la inserción inicial.
  - No hay beneficios por sujetadores de precisión o semiprecisión.
  - Los beneficios para prótesis dentales parciales se basan en la fecha de prestación del servicio.
- Los ajustes de prótesis dental se limitan a lo siguiente:
  - Una vez en un período de 12 meses.
  - Ajustes realizados después de 12 meses de la inserción de la prótesis dental.
- Las reparaciones de prótesis dentales parciales o completas, puentes y coronas se limitan a reparaciones o ajustes realizados hasta 3 veces luego de la inserción inicial.
- Las prótesis dentales reajustadas se limitan a una vez por período de 12 meses.
- Las prótesis dentales realineadas son un beneficio cubierto 12 meses después de la inserción inicial de la prótesis dental.
  - Se limitan a una vez por período de 12 meses.
- El acondicionamiento de los tejidos se limita a una vez en un período de 12 meses.
- Los puentes fijos (incluidos los puentes Maryland) se limitan a lo siguiente:
  - Los beneficios para el reemplazo de un puente fijo existente son pagaderos solo si el puente existente:

## Texas Essential Health Benefit – Plan familiar Premier Choice con EHB (para niños)

- Tiene más de 5 años (para ver las excepciones, consulte la cláusula Agregado/Reemplazo de puente o prótesis dental en Exclusiones y limitaciones).
- No es útil.
- No se cubre un puente fijo que reemplace la parte extraída de un diente hemiseccionado.
- No se cubrirá la colocación ni el reemplazo de un puente Cantilever en dientes posteriores.
- Los beneficios para puentes se basan en la fecha de cementación.
- Los puentes recementados se limitan a reparaciones o ajustes realizados 12 meses después de la inserción inicial.

### EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

#### Tratamiento fuera del área de servicios con cobertura

No se cubre el tratamiento fuera de los Estados Unidos, a menos que el tratamiento sea para atención de emergencia. La cobertura para servicios de emergencia se limita a un reembolso de \$100.00. Consulte su Certificado de seguro para obtener información adicional sobre la atención de emergencia.

#### Limitaciones de dientes faltantes

El Plan no cubrirá la colocación inicial de una prótesis dental completa, una prótesis dental parcial ni un puente fijo para reemplazar dientes que no estaban desde antes de la fecha de entrada en vigencia de Su cobertura o la de Sus dependientes. Sin embargo, los gastos por reemplazo de dientes que no estaban desde antes de la fecha de entrada en vigencia solo se considerarán para cobertura si el diente se extrajo dentro de los 12 meses de la fecha de entrada en vigencia de la Póliza y mientras Usted o Sus dependientes estaban cubiertos conforme a un Plan anterior.

#### Agregado/Reemplazo de puente o prótesis dental

- Se cubre el reemplazo de una prótesis dental completa, una prótesis dental parcial o un puente fijo cuando:
  - Han pasado 5 años desde el último reemplazo de prótesis dental o puente.
  - La prótesis dental o el puente se dañaron mientras estaban colocados en la boca de la Persona cubierta cuando esta sufrió una lesión que implicó medios externos, violentos o accidentales. La lesión debe haber ocurrido mientras la persona estaba asegurada conforme a esta Póliza, y el aparato no es útil.

Sin embargo, se aplicarán las siguientes excepciones:

- Se cubrirán los beneficios para el reemplazo de una prótesis dental existente menor a 5 años si existe una extracción necesaria desde el punto de vista médico de un diente natural adicional en funcionamiento que no puede agregarse a la prótesis dental parcial existente.
- Se pagarán los beneficios para el reemplazo de un puente fijo existente menor a 5 años si existe una extracción necesaria desde el punto de vista médico de un diente natural adicional en funcionamiento, y el diente extraído no era un soporte de un puente existente.
- El reemplazo de un puente perdido no es un beneficio cubierto.
- Un puente para reemplazar raíces extraídas cuando falta la mayor parte de la corona natural no es un beneficio cubierto.
- No se considerará como beneficio cubierto un diente extraído si el diente era un soporte de una prótesis existente menor a 5 años.
- El reemplazo de una prótesis dental parcial, una prótesis dental completa, una corona o un puente con unidades más costosas/diferentes tipos de unidades se limita al beneficio correspondiente para la unidad existente que se reemplaza.

## Texas Essential Health Benefit – Plan familiar Premier Choice con EHB (para niños)

### Implantes

No se cubren los implantes, y los procedimientos y aparatos relacionados con ellos.

### Exclusiones generales

Los Servicios y suministros cubiertos no incluyen los siguientes:

1. Tratamiento que:
  - a. no esté incluido en la lista de Servicios y suministros cubiertos;
  - b. no sea necesario desde el punto de vista odontológico; o
  - c. sea de naturaleza experimental.
2. Los cargos:
  - a. Que sean pagaderos o reembolsables por o a través de un plan o programa de cualquier agencia gubernamental, salvo si el cargo está relacionado con una discapacidad surgida en servicio no militar y que una agencia gubernamental de los Estados Unidos brinde tratamiento. Sin embargo, el Plan siempre reembolsará a la agencia de asistencia médica local o estatal (Medicaid) por los servicios y suministros cubiertos.
  - b. Que no sean impuestos en contra de la persona o por los cuales la persona no es responsable.
  - c. Que sean reembolsables por Medicare Parte A y Parte B. Si una persona en cualquier momento tuvo derecho a inscribirse en el programa Medicare (incluso la Parte B) pero no lo hizo, se reducirá de sus beneficios en virtud de esta Póliza el monto que hubiera sido reembolsado por Medicare, cuando la ley lo permita. Sin embargo, para personas aseguradas por Empleadores que notifiquen al Plan que emplean a 20 o más Empleados durante el año comercial anterior, esta exclusión no se aplica a un Empleado en actividad y/o a su cónyuge que tenga 65 años o más si el Empleado elige la cobertura en virtud de esta Póliza en lugar de la cobertura en virtud de Medicare.
3. Los servicios o suministros que surjan de o durante el transcurso de Su ocupación habitual remunerada o productiva por la que Usted o Su dependiente tengan derecho a beneficios en virtud de cualquier Ley de

Compensación para Trabajadores, Ley de Responsabilidad del Empleador o leyes similares. Debe reclamar y notificar al Plan todos estos beneficios de inmediato.

4. Los servicios y suministros provistos por un dentista, higienista dental, técnico dental o médico que sea:
  - a. un Familiar cercano o una persona que normalmente vive con Usted o un Dependiente;
  - b. un Empleado del Empleador;
  - c. el Empleador.
5. Los servicios y suministros que no se prevea razonablemente que corrijan con éxito la afección dental de la Persona cubierta durante un período de al menos 3 años, según lo determine el Plan.
6. Todos los servicios para los que se reciba un reclamo más de 6 meses después de la fecha del servicio.
7. Los servicios y suministros como un procedimiento dental y considerados un procedimiento según los códigos de procedimientos odontológicos estándares, pero separados en múltiples códigos de procedimientos con fines de facturación. El Cargo cubierto por los Servicios se basa en el código de procedimiento odontológico que representa exactamente el tratamiento realizado.
8. Los servicios y suministros provistos principalmente para fines cosméticos.
9. Los servicios y suministros recibidos mientras se encuentra fuera de su estado de cobertura y/o de los Estados Unidos, salvo en el caso de la atención odontológica de emergencia.
10. La corrección de afecciones congénitas o el reemplazo de dientes permanentes ausentes por cuestiones congénitas, independientemente de la cantidad de tiempo que se haya tenido el diente temporal.
11. Moldes de diagnóstico.
12. Los procedimientos educativos, incluidos, entre otros, higiene bucal, control de sarro o instrucciones sobre dietas.
13. El equipo o los suministros personales, incluidos, entre otros, irrigadores bucales, cepillos de dientes o porta-hilo dental.
14. Los procedimientos restaurativos, conductos radiculares y aparatos provistos por desgaste, abrasión, erosión, abfracción o para fines cosméticos cuando no hay caries.
15. Laminado.
16. Los aparatos, incrustaciones, restauraciones fundidas, coronas y

## Texas Essential Health Benefit – Plan familiar Premier Choice con EHB (para niños)

puentes u otras restauraciones preparadas por laboratorios usadas principalmente como ferulización (estabilización temporaria de dientes).

17. El reemplazo de un aparato o prótesis perdido o robado.
18. El reemplazo de dentaduras postizas parciales.
19. La extracción de dientes sin patologías, incluidos dientes supernumerarios. (a menos que sea para ortodoncia necesaria desde el punto de vista médico)
20. Los injertos óseos para preservar la base.
21. Los cargos de un hospital o centro por habitación, gastos por suministros o de la sala de emergencias, radiografías de tórax de rutina y exámenes médicos antes de una cirugía bucal.
22. Tratamiento para una fractura de mandíbula.
23. Los servicios, suministros y aparatos relacionados con el cambio de dimensión vertical, restauración o mantenimiento de oclusión, ferulización o estabilización de dientes por motivos de periodoncia, registro de la mordida, análisis de la mordida, desgaste, erosión, abrasión y tratamiento para la disfunción de la articulación temporomandibular (temporomandibular joint, TMJ), a menos que se incluya una cláusula de beneficios de TMJ en esta póliza.
24. Los servicios de Ortodoncia, suministros, aparatos y servicios relacionados con la Ortodoncia, a menos que se incluya una cláusula de Ortodoncia en esta Póliza.
25. La sedación oral y la analgesia con óxido nitroso no están cubiertas.
26. Inyección de fármacos terapéuticos.
27. La cumplimentación de formularios de reclamación.
28. Las citas odontológicas a las que no asista.
29. El reemplazo de dientes faltantes antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura.