Titular de la póliza/Tomador: Wall to Wall, LLC

Seguro dental
Resumen de beneficios para all members

Tu seguro se renueva cada 1o de enero
Este resumen se creó en 11/07/2024 y muestra los beneficios que están disponibles en ese momento.

¿En qué me sirve?

El seguro dental ayuda a pagar todos o una parte de los costos relacionados con el cuidado dental, desde limpiezas de rutina hasta tratamientos de conducto.

Requisitos						
Empleados que cumplen con los requisitos	Empleados activos, a tiempo completo					
	Año calendario			Coseguro que la póliza paga		
	Organización de proveedores exclusivos (EPO)	Dentro de la red	Fuera de la red	Organización de proveedores exclusivos (EPO)	Dentro de la red	Fuera de la red
Preventivos	$0	$0	$0	100%	100%	100%
Básico	$50	$50	$75	80%	80%	80%
Exhaustivo	$50	$50	$75	50%	50%	50%
Ortodoncia	$0	$0	$0	50%	50%	50%
Disposiciones adicionales						
Deducible familiar	3 veces la cantidad deducible por persona.					
Deducible combinado	Se combinan los deducibles que están dentro de la red servicios basico y exhaustivo. Se combinan los deducibles que están fuera de la red servicios basico y exhaustivo. Sus servicios aplicados al deducible dentro de la red se aplicarán al deducible fuera de la red y viceversa.					

Máximos combinados	Su máximo por año calendario para preventivos, basico, y exhaustivos servicios EPO se combinan. Su máximo por año calendario para preventivos, basico, y exhaustivos servicios dentro de la red se combinan. Su máximo por año calendario para preventivos, basico, y exhaustivos servicios fuera de la red se combinan. Por año calendario las cantidades máximas para EPO son de $2,000 por persona, por año calendario las cantidades máximas para los PPO dentro de la red son de $2,000 por persona, o por año calendario las cantidades máximas para los PPO fuera de la red son de $2,000 por persona. Sus servicios aplicados al máximas dentro de la red se aplicarán al máximas fuera de la red y viceversa.
Cantidad máxima de por vida para ortodoncia	$2,500 cantidad máxima para EPO / $2,500 cantidad máxima para PPO dentro de la red / $2,500 cantidad máxima para PPO fuera de la red
Acumulación máxima	Incluido
Tipo de plan	No programado

¿Quién puede comprar cobertura?

- El asegurado puede comprar cobertura si es un empleado activo, a tiempo completo. Los empleados de temporada, temporales o contratistas no cumplen con los requisitos.
  - o Se considerará que la persona sigue trabajando incluso si se trata de un día libre, día feriado, vacaciones, servicio de jurado, funeral, licencia pagada o tiempo libre, siempre que el asegurado esté cumpliendo con sus tareas normales y haya trabajado el día anterior a la fecha en que no trabajó.
  - o El asegurado debe inscribirse dentro de los 31 días siguientes a la fecha en la que cumpla con los requisitos. Si no, tendrá que esperar hasta el próximo período de inscripción abierta.
- Si ya tiene cobertura, el asegurado puede comprar cobertura para sus coasegurados, si no están internados en el hogar, hospital o centro de enfermería especializado (a esto se le llama periodo de actividad limitada)

También puede haber requisitos adicionales.

¿Qué procedimientos están cubiertos y con qué frecuencia?

Preventivos	
Exámenes de rutina	Dos por año calendario
Limpiezas de rutina	Dos por año calendario
Radiografía de aleta de mordida	Una por año calendario
Radiografías de toda la boca	Una vez cada 60 meses
Fluoruro	Una por año calendario (se cubre solamente para hijos coasegurados menores de 14 años)

Selladores	Se cubren solamente para hijos coasegurados menores de 14 años, una vez por diente cada 36 meses
Exámenes de emergencia	Sujeto al límite de frecuencia de los exámenes de rutina

Básica	
Mantenimiento periodontal	Si han trascurrido tres meses desde el tratamiento periodontal quirúrgico activo
Empastes	Reemplazos de empastes cada 24 meses
Cirugía oral	Sencilla y compleja
Anestesia general /Sedación por vía intravenosa	Se cubre solo para procedimientos específicos
Endodoncia simple	Tratamiento de conducto para los dientes anteriores
Endodoncia compleja	Tratamiento de conducto para los dientes molares
Periodoncia no quirúrgica, incluye raspado y alisado radicular	Una vez por cuadrante cada 24 meses
Procedimientos quirúrgicos periodontales	Una vez por cuadrante cada 36 meses
Aparato corrector de hábito nocivo	Cobertura solo para hijos coasegurados menores de 14 años

Exhaustivo	
Coronas	Cada 120 meses por diente si no se puede reparar el diente con un empaste
Reconstrucción dental	Cada 120 meses por diente
Implantes	Cada 120 meses por diente
Puentes	120 meses de colocados (colocación inicial / reemplazo)
Dentaduras postizas	60 meses de colocadas (colocación inicial / reemplazo)
Reparaciones	Dentaduras postizas parciales, puentes, coronas, arreglos, amalgamas, acondicionamiento de tejidos y ajuste de puentes/dentaduras postizas, dentro de los límites de la póliza

Ortodoncia	
Cobertura	Para el asegurado y sus coasegurados.

Beneficios adicionales

Cargo predominante	Cuando el asegurado recibe atención de un proveedor fuera de la red, los beneficios se basarán en el 99th percentil de los cargos normales y usuales.
Acumulación máxima	Una parte del beneficio máximo que no se ha usado se puede traspasar al siguiente año. Para calificar, se debe haber recibido un servicio dental dentro del año calendario y haber usado menos que el límite máximo. El límite equivale al 50% del beneficio máximo fuera de la red o $1,000, lo que sea menor. Si se cumple con la calificación, el 50% de la cantidad límite se traspasa para el beneficio máximo del siguiente año. Las personas con fechas de entrada en vigor en el cuarto trimestre comenzarán a calificar para hacer traspasos al principio del siguiente año calendario. Puedes acumular como máximo cuatro veces la cantidad traspasada. La cantidad total acumulada se perderá si no se solicita ningún servicio dental dentro del año calendario.
Programa periodontal	Si la persona asegurada está embarazada, tiene diabetes o alguna enfermedad del corazón, puede recibir servicios de raspado y alisado radicular cubiertos al 100% (si son odontológicamente necesarios), o una limpieza adicional (de rutina o periodontal) sujeta al deducible y el coseguro.
Programa de segunda opinión	El asegurado puede ser apto para obtener segundas opiniones de proveedores dentales cubiertas al 100%. Este programa garantiza que se obtengan los mejores consejos para tomar decisiones informadas sobre el cuidado odontológico.
Programa de salud oral para tratamientos contra el cáncer	Si el asegurado tiene cáncer y está recibiendo quimioterapia o terapia de radiación de cabeza o cuello, puede recibir hasta tres tratamientos de flúor cada 12 meses cubiertos al 100% más una limpieza de rutina adicional.
Programa de anestesia general	Si presentas autismo, síndrome de Down, parálisis cerebral, distrofia muscular o espina bífida, pudieras tener cobertura para recibir anestesia general o sedación intravenosa. Los servicios deben prestarse en la consulta odontológica. Tiene vigencia toda otra limitación contractual.

¿Cómo encuentro a un dentista dentro de la red?

Cuando el asegurado reciba atención de un dentista perteneciente a nuestra red, es posible que los costos sean más bajos porque los dentistas dentro de la red aceptan reducir sus honorarios para prestar los servicios dentales y no cobrar la diferencia. El asegurado acceso a la red Principal Plan Dental, que cuenta con más de 117,000 dentistas a nivel nacional. Para encontrar un dentista, favor de visitar principal.com/dentist (para español, hacer clic en “Spanish”) o llamar al 800-247-4695.

¿Qué hago si mi dentista no está dentro de la red?

Se puede referir a ese dentista a nuestra red. Favor de enviar el nombre y la información del dentista llamando al 800-247-4695 o llenando un formulario en principal.com/refer-dental-provider.

¿Cuáles son las limitaciones y excepciones de la cobertura?

- Las limitaciones de frecuencia de los servicios se calculan para el mes y la fecha exacta a partir de la última fecha de servicio o la fecha de colocación.

La cobertura incluye limitaciones adicionales. Por favor, consulta el cuadernillo para obtener más información. Con el fin de determinar los beneficios, recomendamos encarecidamente que se envíe una predeterminación de estos.

AVISO DE CUADERNILLO/CERTIFICADO
SOLICITUD DE COMUNICACIONES CONFIDENCIALES

El estado de California le brinda al asegurado el derecho de hacer una solicitud para que le enviemos comunicaciones de información confidencial de atención médica a través de formas alternativas o a una ubicación alternativa.

Para hacer esta solicitud, debe completar, firmar y enviar un formulario de Solicitud de comunicaciones confidenciales (Confidential Communications Request). Tanto el formulario como las instrucciones para completarlo y enviarlo se encuentran en nuestro sitio web: https://www.principal.com/help/help-individuals/find-form en “Restringir el acceso a información privada de salud” (“Restrict access to Private Health Information”).

Si necesita ayuda para encontrar el formulario, por favor llamar al 1-800-843-1371.

Este aviso es solo informativo, no es una parte ni condición de este cuadernillo/certificado.

GH 198 CCR CA

¿Cuáles son las restricciones de mi cobertura?

Ortodoncia	Si en la fecha de entrada en vigor de la cobertura hay un tratamiento de ortodoncia en curso, y el asegurado tiene cobertura para ortodoncia con alguna cobertura colectiva anterior, tendrá cobertura inmediata para el tratamiento una vez que envíe una prueba que demuestre que: 1) No se ha excedido el máximo vitalicio de cualquier cobertura colectiva anterior, 2) El tratamiento de ortodoncia comenzó y las bandas o aparatos correctores se colocaron mientras la persona estaba asegurada con alguna cobertura colectiva anterior, y 3) El tratamiento ha continuado mientras la persona haya estado asegurada con esta póliza. Principal Life acreditará los pagos que haga la aseguradora anterior hacia el límite de pago vitalicio de ortodoncia de Principal Life. El asegurado no tendrá cobertura si el tratamiento está en curso antes de la fecha de entrada en vigor con Principal Life y no tienes cobertura para ortodoncia con alguna cobertura colectiva anterior.

La cobertura tiene limitaciones adicionales. Se incluye una lista completa en el cuadernillo.

principal.com

Este es un resumen de la cobertura dental del seguro por o con los servicios administrativos provistos por Principal Life Insurance Company. Este resumen es una breve descripción de la cobertura. No es un contrato de seguro ni una declaración completa de los derechos, beneficios, limitaciones y excepciones de la cobertura. Si existiera una discrepancia entre la póliza y este documento, entonces prevalecerá la disposición de la póliza. Para conocer todos los detalles de la cobertura, favor de consultar el cuadernillo de beneficios.

© 2024 Principal Financial Services, Inc. Principal, Principal y el diseño del símbolo y Principal Financial Group son marcas registradas y marcas de servicio de Principal Financial Services, Inc., compañía de Principal Financial Group.

Los seguros los emite Principal Life Insurance Company, 711 High Street, Des Moines, IA 50392