# *Resumen de los beneficios dentales de CIGNA*
# *Para los empleados de City of Fort Worth – High Plan (Plan Alto)*

*Todos los deducibles, límites máximos del plan y límites específicos para cada servicio (en dólares y en sucesos) se acumulan entre dentro y fuera de la red.*

| ***Beneficios*** | ***Dental PPO de CIGNA*** | | | |
|---|---|---|---|---|
| | ***Dentro de la red*** | | ***Fuera de la red*** | |
| ***Máximo por año calendario***<br>(Gastos de las Clases I, II y III) | $1,500 | | $1,500 | |
| ***Deducible anual***<br>Individual<br>Familiar | <br>$50 por persona<br>$150 por familia | | <br>$50 por persona<br>$150 por familia | |
| ***Niveles de reembolso*** | Basados en los honorarios reducidos del contrato | | 90% de las cantidades usuales y razonables | |
| | ***El plan paga*** | ***Usted paga*** | ***El plan paga*** | ***Usted paga*** |
| ***Clase I – Atención preventiva y de diagnóstico***<br><br>Exámenes de la boca<br>Limpiezas de rutina<br>Radiografías con placa de mordida<br>Aplicación de fluoruro<br>Selladores<br>Retenedores de espacio | 100% | Sin costo | 100% | Sin costo |
| ***Clase II – Atención básica de restauración***<br><br>Rellenos<br>Radiografías de toda la boca<br>Radiografías panorámicas<br>Atención de emergencia para aliviar el dolor<br>Terapia del conducto radicular<br>Cirugía ósea<br>Raspaje periodontal y alisado radicular<br>Cirugía oral – Extracciones sencillas<br>Anestesia | 80%* | 20%* | 80%* | 20%* |
| ***Clase III – Atención mayor de restauración***<br><br>Coronas<br>Cirugía oral – todas excepto extracciones sencillas<br>Exámenes histopatológicos<br>Extracción quirúrgica de dientes impactados<br>Reparaciones de dentaduras, recolocación de forros y bases, ajustes<br>Reparación de puentes, coronas e incrustaciones<br>Dentaduras<br>Puentes | 50%* | 50%* | 50%* | 50%* |
| ***Clase IV – Ortodoncia***<br>Máximo de por vida | 50%*<br>$1,000<br>Niños dependientes hasta los 19 años | 50%* | 50%*<br>$1,000<br>Niños dependientes hasta los 19 años | 50%* |
| ***Clase V – Implantes***<br>Deducible<br><br>Máximo Anual | 50%<br>Sujeto al deducible del plan<br>Sujeto al máximo anual del plan | 50% | 50%<br>Sujeto al deducible del plan<br>Sujeto al máximo anual del plan | 50% |

Límite para pérdidas de dientes – La cantidad a pagar será el 50% de los cargos a menos que se encuentre asegurado por 24 meses; después, se cubrirá como un gasto de clase III.

Revisión anterior al tratamiento disponible en base voluntaria cuando se propone un tratamiento dental extenso superior a $500.

* Sujeto al deducible anual

***Plan Dental de CIGNA Exclusiones y Limitaciones***

| **Procedimiento** | **Exclusiones y Limitaciones** |
|---|---|
| Exámenes | 1 por período consecutivo de 6 meses. |
| Profilaxis (Limpiezas) | 1 profilaxis de rutina o procedimiento de mantenimiento periodental cada período consecutivo de 6 meses (profilaxis de rutina es Clase I; profilaxis periodental es Clase II.) |
| Tratamientos con fluoruro | 1 cada 12 meses consecutivos para participantes menores de 14 años. |
| Exámenes histopatológicos | Se paga si la biopsia esta cubierta. No se ofrece cobertura para otros exámenes de diagnostico. |
| Rayos X (de rutina) | Radiografía de mordida: 1 juego cada 12 meses consecutivos. Limitado a un máximo de 4 películas. |
| Rayos X (que no son de rutina) | Boca completa o Panorex: 1 cada 60 meses consecutivos. |
| Rayos X periapicales | 4 en 12 meses consecutivos, si no se hacen junto con una cirugía. |
| Rayos X oclusales intraorales | 2 en 12 meses consecutivos. |
| Modelos | No están cubiertos. |
| Obturaciones | 1 por diente cada 12 meses consecutivos (sólo se aplica al reemplazo de obturaciones superficiales idénticas). |
| Selladores | 1 tratamiento por diente, de por vida. Sólo se paga para dientes bicúspides o molares permanentes que no hayan sido restaurados. |
| Periodoncia menor (que no requiere cirugía) | Alisamiento radicular-1 por cuadrante cada 36 meses consecutivos. |
| Cirugía periodóncica | 1 cada 36 meses consecutivos por área de la boca (mismo servicio). |
| Coronas e incrustaciones | El reemplazo se limita a 1 cada 84 meses consecutivos. Los beneficios se basan en la cantidad que se paga por metales no preciosos. No cubre porcelana ni material blanco/del color del diente en puentes y coronas molares. El reemplazo debe ser a consecuencia de caries serias. |
| Puentes | El reemplazo se limita a 1 cada 84 meses consecutivos, si no sirven y no se pueden reparar. Los beneficios se basan en la cantidad que se paga por metales no preciosos. No cubre porcelana ni material blanco/del color del diente en puentes y coronas molares. |
| Dentaduras y dentaduras parciales | El reemplazo se limita a 1 cada 84 meses consecutivos, si no sirven y no se pueden reparar. |
| Recolocación de forros y bases | Tiene cobertura si han transcurrido más de 12 meses después de la instalación; 1 cada 36 meses consecutivos. |
| Ajustes | Tiene cobertura si han transcurrido más de 12 meses después de la instalación; 1 cada 12 meses consecutivos. |
| Reparación – puentes | Tiene cobertura si han transcurrido más de 12 meses después de la instalación. |
| Reparación – dentaduras | Tiene cobertura si han transcurrido más de 12 meses después de la instalación. |
| Endodoncia | Tratamiento repetido de endodoncia 1 cada 24 meses consecutivos, si se demuestra que hay necesidad. |

***Exclusiones de los beneficios:***

- Servicios realizados principalmente con fines cosméticos; Reemplazo de un dispositivo robado o perdido;
- Colocación inicial de una dentadura completa o parcial, a menos que incluya el reemplazo de dientes naturales sanos que se hayan extraído mientras la persona estaba cubierta por este plan; la extracción del tercer molar solamente no reúne los requisitos para la colocación inicial o el reemplazo de una dentadura o puente; Capas protectoras para dentaduras, personalización, aditamentos de precisión o semiprecisión; Reemplazo de un puente, dentadura o corona de que transcurran 84 meses de su colocación inicial y que se puede readaptar y usar de acuerdo con las normas dentales;
- Procedimientos, dispositivos o restauraciones, a menos que sean dentaduras completas, cuyo objetivo principal sea cambiar la dimensión vertical, diagnosticar o tratar padecimientos de la articulación temporomandibular, estabilizar dientes periodónticamente o restaurar la oclusión, la restauración de dientes que han sido dañados por erosión, desgaste o abrasión; registro de la mordida; o análisis de la mordida;
- Recubrimientos (veneers) de porcelana o acrílico en coronas o tramos de puente en los primeros, segundos y terceros molares;
- Formación del centro, recubrimientos (veneers) labiales; Metales preciosos o semipreciosos para coronas, puentes, tramos de puente y pilares; coronas o puentes que no sean de acero inoxidable o resina para participantes de menos de 16 años de edad;
- Registros de mordida; aditamentos de precisión o semiprecisión; férulas;
- Instrucción para el control de la placa, higiene bucal y dieta; Servicios dentales que no cumplen con los estándares dentales comunes;
- Servicios que se consideran médicos; Servicios y artículos que se obtengan de un hospital;
- Procedimientos para los cuales no se hubiera hecho cargo alguno si no hubiera cobertura, y por los que la persona no está obligada legalmente a pagar;
- Cargos presentados por un hospital que presta servicios por el gobierno de Estados Unidos, si tales cargos están directamente relacionados con una enfermedad o lesión propia del servicio militar; Procedimientos y tratamientos de tipo experimental o de investigación;
- Cualquier lesión que resulte o que se sufra durante el desempeño de algún empleo a salario o con fines de lucro; Cualquier enfermedad cubierta por cualquier plan de compensación para trabajadores o por una ley similar;
- Procedimientos que no son necesarios y que no cuentan con un respaldo profesional uniforme; Costos razonables y de costumbre que no sean los definidos por el percentil;
- Sedación IV o anestesia general, excepto cuando es médica o dentalmente necesaria y cuando se haga junto con cirugía oral compleja con cobertura;
- Honorarios cobrados por citas a las que no acudió, presentación de formularios de reclamación o esterilización;
- Servicios que no están incluidos en la lista de gatos dentales cubiertos, a menos que Connecticut General acceda a aceptar dichos gastos como cargos dentales cubiertos, si este fuera el caso, se hará el pago de acuerdo con los servicios similares que hubieran producido el resultado satisfactorio menos caro;
- Coronas, incrustaciones, restauraciones en molde u otras restauraciones para los dientes hechas en un laboratorio, a menos que no se pueda restaurar el diente con una amalgama u obturación de resina debido a una carie grande o una fractura; Reemplazo de los dientes que sobrepase el conjunto normal de 32; Fármacos que requieren receta médica; Protectores de boca para deportes; Terapia miofuncional;
- Cargos por tiempo de viaje; costos por transporte; o consejo profesional dado por teléfono;
- Procedimientos realizados por un Dentista que es miembro de la familia de una persona cubierta (la familia de la persona cubierta se limita a su cónyuge, hermanos, padres, hijos, abuelos y los cónyuges de hermanos y padres);
- Cualquier procedimiento, servicio o artículo que no se espere, dentro de lo razonable, que corrija exitosamente el padecimiento dental de la persona por un período de por lo menos 3 años, según lo determine CG;
- Servicios dentales temporales, de transición o interinos; Moldes de diagnóstico o de estudio;
- Cualquier cargo por cualquier tratamiento que se reciba fuera de los Estados Unidos que no sea tratamiento de emergencia (cualquier beneficio por Tratamiento de Emergencia que se reciba fuera de los Estados Unidos se limitará a ($100.00-$200.00) por 12 meses consecutivos);
- Los procedimientos que sean gastos cubiertos bajo cualquier otro plan médico que ofrezca beneficios colectivos de hospital, quirúrgicos o médicos esté o no esté asegurado; Cualquier cargo, incluyendo cargos secundarios hechos por un hospital, centro de cirugía ambulatoria o centro similar;
- Hasta donde el pago sea ilegal en el lugar en donde reside la persona cuando se incurrieron dichos gastos; Por cargos que no se hubieran hecho si la persona no hubiera tenido seguro; Por cargos de cuidado, tratamiento o cirugía innecesarios;
- Hasta el punto en que usted o cualquiera de sus Dependientes de alguna manera reciba pago o tenga derecho a recibir pago por esos gastos o por medio de un programa público que no sea Medicaid; Servicios o artículos recibidos como resultado de una enfermedad, defecto o lesión dental debida a un acto bélico, declarado o no declarado.
- En caso que los beneficios se paguen o sean pagaderos por aquellos gastos que formen parte de la sección obligatoria de cualquier póliza automovilística que se haya redactado para cumplir con la ley de seguro “sin culpa”; o la ley para automovilistas no asegurados.

*CIGNA Dental se refiere a las siguientes subsidiarias activas de CIGNA Corporation: Connecticut General Life Insurance Company y CIGNA Dental Health, Inc., y sus subsidiarias activas y afiliadas. El plan dental de CIGNA Dental Care es ofrecido por CIGNA Dental Health Plan of Arizona, Inc., CIGNA Dental Health of*

*California, Inc., CIGNA Dental Health of Colorado, Inc., CIGNA Dental Health of Delaware, Inc., CIGNA Dental Health of Florida, Inc., una organización de servicios de salud prepagados limitados bajo el Capítulo 636, Estatutos de Florida; CIGNA Dental Health of Kansas, Inc. (Kansas y Nebraska), CIGNA Dental Health of Kentucky, Inc., CIGNA Dental Health of Maryland, Inc., CIGNA Dental Health of Missouri, Inc., CIGNA Dental Health of New Jersey, Inc., CIGNA Dental Health of North Carolina, Inc., CIGNA Dental Health of Ohio, Inc., CIGNA Dental Health of Pennsylvania, Inc., CIGNA Dental Health of Texas, Inc., CIGNA Dental of Virginia, Inc. En otros estados, el plan dental de CIGNA Dental Care está asegurado por Connecticut General Life Insurance Company o CIGNA HealthCare of Connecticut, Inc. y es administrado por CIGNA Dental Health, Inc. "DHMO" es usado para referir diseños de productos que puedan ser diferentes por el estado de residencia de la persona inscrita, incluyendo pero no limitado a, planes prepagados, planes para manejar el cuidado y planes con facciones de acceso abierto. El PPO dental de CIGNA está asegurado o administrado por Connecticut General Life Insurance Company con los servicios de manejo de la red y son proporcionados por CIGNA Dental Health, Inc. y sus subsidiarias activas. Para los residentes de Arizona/Louisiana el producto Dental PPO es conocido como CG Dental PPO. Para los residentes de Texas el producto Dental PPO es conocido como CIGNA Dental Choice Plan. El plan de CIGNA Traditional está asegurado o administrado por Connecticut General Life Insurance Company. Para los residentes de Arizona/Louisiana, el plan CIGNA Traditional es referido como CG Traditional.*

*Este resumen de beneficios ilustra algunos de los beneficios que están disponibles con su plan. Su certificado de seguro o descripción del plan contiene la descripción completa de los términos, las limitaciones y las exclusiones de la cobertura, incluyendo beneficios legislativos. Los beneficios son asegurados y administrados por Connecticut General Life Insurance Company.*

BSD19531 11/09

©2009 CIGNA