United Concordia Insurance Company

Programa de Beneficios

Concordia PreferredSM

Nombre del grupo: LAUNDRY AND DRY CLEANING WORKERS TF

Número(s) de grupo: 740181004

Fecha de entrada en vigor: July 1, 2025

El cuadro siguiente proporciona información relacionada con los Servicios cubiertos bajo este Plan. Si uno de los siguientes es un Servicio cubierto, un porcentaje mayor que cero se indicará en la columna con el título “El plan paga servicios dentro de la red” y “El plan paga servicios fuera de la red”. Si un Servicio cubierto tiene un Período de espera, el Período de espera se indicará en la columna con el título “Período de espera”. Algunos servicios estarán cubiertos en su totalidad antes de que se cumpla el Deducible. Si este es el caso, las columnas “Aplicación del deducible dentro de la red” y “Aplicación del deducible fuera de la red” indicarán “no”. Si el Deducible se tiene que cumplir antes de que un servicio tenga cobertura con el coseguro indicado, entonces aparecerá “sí” en las columnas “Aplicación del deducible dentro de la red” y “Aplicación del deducible fuera de la red”. Solo los servicios cubiertos están sujetos al reembolso. Todos los servicios en este Programa de beneficios están sujetos al Programa de exclusiones y limitaciones. Consulte su Certificado para ver más detalles sobre los servicios que se indican. Las cláusulas adicionales pueden afectar los niveles de cobertura. Los Dentistas participantes aceptan el Gasto máximo permitido como el pago total. Este Plan incluye una disposición de beneficio alternativo como se define en el Certificado de seguro. La disposición de beneficio alternativo aplica a los siguientes servicios marcados con un asterisco “*”.

Categoría del servicio	Período de espera	El plan paga servicios dentro de la red	El plan paga servicios fuera de la red	Aplicación del deducible dentro de la red	Aplicación del deducible fuera de la red
Servicios de diagnóstico					
Evaluaciones bucales (exámenes)	<i>Ninguna</i>	<i>100%</i>	<i>50%</i>	<i>No</i>	<i>No</i>
Radiografías (rayos X)					
Aleta de mordida	<i>Ninguna</i>	<i>100%</i>	<i>50%</i>	<i>No</i>	<i>No</i>
Toda la boca	<i>Ninguna</i>	<i>90%</i>	<i>50%</i>	<i>Sí</i>	<i>Sí</i>
Servicios preventivos					
Profilaxis (limpiezas)	<i>Ninguna</i>	<i>100%</i>	<i>50%</i>	<i>No</i>	<i>No</i>
Flúor	<i>Ninguna</i>	<i>100%</i>	<i>50%</i>	<i>No</i>	<i>No</i>
Sellantes	<i>Ninguna</i>	<i>90%</i>	<i>50%</i>	<i>Sí</i>	<i>Sí</i>
Protectores de espacios	<i>Ninguna</i>	<i>90%</i>	<i>50%</i>	<i>Sí</i>	<i>Sí</i>
Servicios de restauración					
Restauraciones	<i>Ninguna</i>	<i>90%</i>	<i>50%</i>	<i>Sí</i>	<i>Sí</i>
Coronas sencillas	<i>Ninguna</i>	<i>60%</i>	<i>50%</i>	<i>Sí</i>	<i>Sí</i>
Coronas de acero inoxidable *	<i>Ninguna</i>	<i>90%</i>	<i>50%</i>	<i>Sí</i>	<i>Sí</i>
Incrustaciones *	<i>Ninguna</i>	<i>60%</i>	<i>50%</i>	<i>Sí</i>	<i>Sí</i>
Sobreincrustaciones *	<i>Ninguna</i>	<i>60%</i>	<i>50%</i>	<i>Sí</i>	<i>Sí</i>
Reparación de incrustaciones	<i>Ninguna</i>	<i>90%</i>	<i>50%</i>	<i>Sí</i>	<i>Sí</i>

Categoría del servicio	Período de espera	El plan paga servicios dentro de la red	El plan paga servicios fuera de la red	Aplicación del deducible dentro de la red	Aplicación del deducible fuera de la red
Reparación de sobreincrustaciones	<i>Ninguna</i>	90%	50%	<i>Sí</i>	<i>Sí</i>
Reparación de coronas	<i>Ninguna</i>	90%	50%	<i>Sí</i>	<i>Sí</i>
Servicios de endodónticos					
Terapia de endodoncia (tratamiento de canales, etc.)	<i>Ninguna</i>	60%	50%	<i>Sí</i>	<i>Sí</i>
Revisión del tratamiento de canales	<i>Ninguna</i>	60%	50%	<i>Sí</i>	<i>Sí</i>
Apicectomía / Perirradicular (cirugía de raíz)	<i>Ninguna</i>	60%	50%	<i>Sí</i>	<i>Sí</i>
Servicios periodontales					
Periodoncia quirúrgica	<i>Ninguna</i>	60%	50%	<i>Sí</i>	<i>Sí</i>
Periodoncia no quirúrgica	<i>Ninguna</i>	60%	50%	<i>Sí</i>	<i>Sí</i>
Mantenimiento periodontal	<i>Ninguna</i>	60%	50%	<i>Sí</i>	<i>Sí</i>
Servicios de prostodónticos					
Dentaduras postizas extraíbles completas y parciales	<i>Ninguna</i>	60%	50%	<i>Sí</i>	<i>Sí</i>
Ajustes de dentaduras postizas completas y parciales	<i>Ninguna</i>	90%	50%	<i>Sí</i>	<i>Sí</i>
Reparación de dentaduras postizas completas y parciales	<i>Ninguna</i>	90%	50%	<i>Sí</i>	<i>Sí</i>
Extracción de dientes					
Extracciones sencillas	<i>Ninguna</i>	90%	50%	<i>Sí</i>	<i>Sí</i>
Extracción quirúrgica	<i>Ninguna</i>	60%	50%	<i>Sí</i>	<i>Sí</i>
Servicios generales complementarios					
Consultas	<i>Ninguna</i>	100%	50%	<i>No</i>	<i>No</i>
Anestesia general, óxido nitroso y/o sedación IV	<i>Ninguna</i>	60%	50%	<i>Sí</i>	<i>Sí</i>
Tratamiento paliativo (emergencia)	<i>Ninguna</i>	100%	50%	<i>No</i>	<i>No</i>
Servicios ortodónticos					
Servicios de ortodoncia cosmética	<i>Ninguna</i>	0%	0%	<i>No</i>	<i>No</i>

Deducibles y Costos máximos

- Deducible de \$25 por Miembro, por año de contrato sin exceder \$75 por familia
- Máximo por miembro de \$1,500 por año de contrato

UNITED CONCORDIA INSURANCE COMPANY

PROGRAMA DE EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DE CA

EXCLUSIONES: se excluyen los siguientes servicios, suministros o cobros:

1. Aquellos que comenzaron antes de la fecha de vigencia del Miembro o después de la fecha de cancelación de la cobertura bajo la póliza colectiva (por ejemplo, pero sin limitarse a procedimientos de múltiples visitas, como endodoncia, coronas, puentes, incrustaciones, sobreincrustaciones y dentaduras postizas).
2. Visitas al domicilio u hospital para obtener servicios dentales y por costos de hospitalización (tarifas por uso del centro).
3. Para las pólizas colectivas en California, se excluirán de este Plan servicios pagados por la compensación laboral o del seguro de responsabilidad del empleador.
4. Para los medicamentos con y sin receta médica, las vitaminas y los suplementos de dieta.
5. La administración de óxido nitroso y/o sedación intravenosa, salvo que se indique específicamente en el Programa de beneficios.
6. Que son exclusivamente de naturaleza cosmética, (por ejemplo, pero sin limitarse a blanqueamiento, remoción de manchas, personalización de coronas postizas).
7. Procedimientos electivos.
8. Procedimientos realizados cuando se tiene un pronóstico desalentador.
9. Esos procedimientos se consideran experimentales y con base de investigación de los estándares de tratamiento dental actuales.
10. Son los que se realizan para la comodidad y conveniencia del Miembro o el proveedor.
11. Para las malformaciones congénitas o asimetrías esqueléticas de la boca (por ejemplo, pero sin limitarse al tratamiento relacionado con paladar hendido o labio leporino, asimetría ósea facial o que se requiera como resultado de una cirugía ortognática que incluye tratamiento de ortodoncia).
12. Para servicios de implantes dentales, salvo que estén cubiertos específicamente bajo la cláusula del Programa de beneficios.
13. Los servicios de diagnóstico y el tratamiento de los problemas de la articulación mandibular por cualquier método, salvo que sea cubierto específicamente bajo el Certificado en el Programa de beneficios o una cláusula adicional. Algunos ejemplos de estos problemas de la articulación mandibular son los trastornos de la articulación temporomandibular (TMD) y trastornos craneomandibulares u otras condiciones de la articulación asociadas con el hueso de la mandíbula y la complejidad de los músculos, nervios y otros tejidos relacionados con la articulación.
14. Para el tratamiento de fracturas y dislocaciones de la mandíbula.
15. Para el tratamiento de malignidades o neoplasias.
16. Servicios o aparatos que alteran la dimensión vertical (por ejemplo, pero sin limitarse a rehabilitación o reconstrucción de boca completa, ferulización, rellenos) para restaurar la estructura del diente que se perdió con el desgaste, erosión, abrasión, aparatos o cualquier otro método.
17. Reemplazo o reparación de aparatos de ortodoncia o prótesis dañados, perdidos o robados.
18. Restauraciones preventivas.
19. Férulas periodontales de dientes por cualquier método.
20. Para duplicar dentaduras postizas, dispositivos protésicos o cualquier otro dispositivo que pueda ser duplicado.
21. Para los casos en los que el Miembro no incurriría en cargos al no contar con un seguro.
22. Para los programas del control de placa, asesoría acerca del uso de tabaco, higiene bucal e instrucciones relacionadas con la dieta.
23. Para cualquier condición causada por o que resulte de una guerra declarada o no declarada o acción de la misma, o que resulte del servicio en la Guardia Nacional o en las Fuerzas Armadas de algún país o autoridad internacional.
24. Tratamiento y aparatos para bruxismo (rechinamiento nocturno de los dientes).

25. Para cualquier reclamación presentada a la Compañía por el Miembro o en su representación, fuera de los doce (12) meses después de la fecha de servicio.
26. Tratamiento incompleto (por ejemplo, pero sin limitarse a pacientes que no regresaron para completar el tratamiento) y servicios temporales (por ejemplo, pero sin limitarse a las restauraciones temporales).
27. procedimientos que son parte de un servicio, pero que se reportan como servicios separados.
28. Procedimientos que se reportan en una secuencia de tratamiento que no es adecuado para ni categorizado como "reportado erróneamente".
29. procedimientos que son reportados erróneamente o que representan un procedimiento diferente al reportado.
30. Procedimientos y técnicas especializados (por ejemplo, pero sin limitarse a: nuevo procedimiento de adhesión asistida con láser; procedimiento de periimplantitis asistida con láser; descontaminación con láser).
31. Los honorarios por citas canceladas.
32. Aquellas indicadas específicamente en el Programa de beneficios como "Sin cobertura" o "El plan paga 0%".
33. Servicios ortodónticos, suministros y dispositivos.

LIMITACIONES: los servicios cubiertos están limitados como se indica a continuación. Los servicios están cubiertos hasta las 12:01 a. m. de la fecha del cumpleaños, cuando el paciente alcanza cualquier edad declarada:

1. Radiografías de boca completa: una (1) cada en 5 año(s).
2. Radiografías de aleta de mordida: un (1) set cada 6 meses para menores de catorce (14) años y un (1) set cada 12 meses para las personas de catorce (14) años y mayores.
3. Evaluaciones bucales:
 - Integrales y periódicas: dos (2) de estos servicios por 12 meses. Una vez pagadas, las evaluaciones integrales no son elegibles en el mismo consultorio, salvo que exista un cambio significativo en el estado de salud o que el paciente no llegue al consultorio por tres (3) o más años.
 - Problema limitado enfocado y consultas: uno (1) de estos servicios por dentista por paciente por 12 meses.
 - Problema detallad enfocado: uno (1) por dentista por paciente por 12 meses por diagnóstico elegible.
4. Profilaxis: dos (2) en 12 meses. Una (1) adicional para los Miembros bajo el cuidado de un profesional médico durante el embarazo.
5. Tratamiento con fluoruro: dos (2) por 12 meses para menores de diecinueve (19) años.
6. Mantenedores de espacios: uno (1) por período de tres (3) años para los Miembros menores de diecinueve (19) años, cuando se usan para mantener el espacio como resultado de la pérdida prematura de dientes morales caducos y primeros molares permanentes, o molares caducos y primeros molares permanentes que no se han desarrollado o no se desarrollarán.
7. Sellantes: uno (1) por diente por en 3 año(s) para menores de dieciséis (16) años en primeros y segundos molares permanentes.
8. Coronas de acero inoxidable prefabricadas: una (1) por diente de forma vitalicia para los Miembros menores de catorce (14) años.
9. Servicios periodontales:
 - Desbridamiento de toda la boca: una (1) cada vitalicio.
 - Mantenimiento periodontal después de terapia periodontal activa: dos (2) por 12 meses además de la profilaxis de rutina.
 - Raspado periodontal y alisado radicular: uno (1) por 24 meses por área de la boca.
 - Procedimiento quirúrgico periodontal: uno (1) por 24 meses por área de la boca.
 - Regeneración tisular guiada: una (1) por diente de forma vitalicia.
10. Reemplazo de servicios restaurativos solo en caso de que ya no sirvan o no se puedan reparar:
 - Restauraciones básicas: no dentro de un período de 12 meses de la colocación previa de cualquier restauración básica.
 - Coronas simples, incrustaciones, sobre incrustaciones: no dentro de los en 5 año(s) después de la colocación previa de cualquier procedimiento en esta categoría.

- Acumulaciones, perno y muñón: no dentro de los en 5 año(s) después de la colocación previa de cualquier procedimiento en esta categoría.
 - Reemplazo de dientes naturales en un arco: no dentro de los en 5 año(s) después de la colocación de una dentadura postiza parcial fija, dentadura postiza completa o parcial extraíble.
11. La realineación, rebase o los ajustes de la dentadura postiza se consideran parte de los cargos por dentaduras postizas si se proporcionan dentro de los 6 meses después de la inserción realizada por el mismo dentista. Reajuste o rebasado posterior de la dentadura limitado a uno (1) cada en 3 año(s), de allí en adelante.
 12. Terapia pulpar: una (1) por diente elegible de forma vitalicia solo cuando no hay diente permanente para reemplazarlo. Dientes elegibles limitados a dientes anteriores primarios para menores de seis (6) años de edad y molares posteriores primarios para menores de doce (12) años.
 13. Tratamiento de canales: uno (1) por diente de forma vitalicia.
 14. Recementación: uno (1) cada 12 meses. La recementación durante los primeros 12 meses después de la inserción de cualquier servicio preventivo, de restauración o prostodóntico por el mismo dentista, se incluye en el beneficio de servicio preventivo, de restauración o prostodóntico.
 15. Una disposición de beneficios alternativos (Alternate Benefit Provision, ABP) se aplicará si una afección dental cubierta se puede tratar a través de un procedimiento que sea menos costoso que el tratamiento proporcionado por el dentista. Nunca interferiremos con una decisión de atención entre Usted y Su dentista y no se necesitan autorizaciones previas de tratamiento para ningún servicio. Se aplica el ABP a la reclamación de servicios que se recibieron. Es posible que Usted sea responsable de los gastos de bolsillo adicionales si había disponible una opción de tratamiento menos costosa.
 16. Radiografías intraorales:
 - Oclusales: dos (2) por 24 meses para menores de ocho (8) años.