



Allstate[®]
HEALTH SOLUTIONS

select dental PPO

Planes para todas las edades
y presupuestos con cobertura
desde el primer día. Además,
opciones para ortodoncia y visión.



[allstatehealth.com](https://www.allstatehealth.com)

planes dentales con más razones para sonreír



Tu sonrisa es mucho más que una expresión. Es parte de tu salud y bienestar generales. En Allstate Health Solutions queremos asegurarnos de que tengas acceso a la atención dental cuando y como lo necesites, con planes de coseguro y copago que se ajusten a tu presupuesto.

Beneficios de los planes Select Dental PPO

Atención dental diaria	Servicios básicos y preventivos cubiertos en todos los planes; desde limpiezas hasta radiografías, empastes y mucho más. ¹
Sin períodos de espera	Todo el cuidado dental está cubierto desde el primer día; excepciones para los servicios especiales en el plan de copago. ²
Aumento de los beneficios	Los planes de coseguro pagan más al cabo de un año; los máximos aumentan en los años dos y tres.
Planes para niños y adultos	Planes individuales y familiares de 0 a 64 años. Planes solo para niños también disponibles.
Cobertura de ortodoncia	El plan Prime cubre los cuidados de ortodoncia; los beneficios aumentan en el segundo año. ³
Cobertura de la vista opcional	Añade la cobertura de la vista de Avêsis, con dos niveles de plan asequibles a tu elección.

Acceso a la red de administradores de Aetna Dental®

Con 89,000 proveedores en todo el país es fácil encontrar atención dental cerca de casa. Simplemente muestra tu tarjeta de identificación en cada visita y obtén beneficios dentro de la red para los servicios cubiertos.

Encuentra un proveedor en: myallstatehealthsolutions.com/aetnadentalppo

¹ Existe un período de espera de 6 meses para los servicios Especiales en la opción de copago. ² Cobertura de servicios básicos disponible con todos los planes. Los servicios especiales solo están cubiertos con los planes Plus y Prime. No todos los servicios están disponibles con todos los planes. ³ Solo menores de 19 años.

elige el plan adecuado para ti

Los tres planes de coseguro de Select Dental PPO cubren procedimientos dentales rutinarios, incluidos exámenes y limpiezas. Y sin períodos de espera y con planes solo para niños, tú y las personas a las que quieres tienen cobertura desde el primer día.

Red ⁴		Plan Value		Plan Plus		Plan Prime	
		Dentro	Fuera	Dentro	Fuera	Dentro	Fuera
Deducible	Individual	\$50	\$100	\$50	\$100	\$50	\$100
	Familiar	\$150	\$300	\$150	\$300	\$150	\$300
Servicios preventivos		100 %	70 %	100 %	70 %	100 %	70 %
Servicios básicos	Primer año	60 %	30 %	60 %	30 %	60 %	30 %
	Desde el segundo año	80 %	50 %	80 %	50 %	80 %	50 %
Servicios especiales	Primer año	No cubierto		15 %	10 %	25 %	15 %
	Desde el segundo año	No cubierto		25 %	15 %	50 %	30 %
Ortodoncia	Primer año	No cubierto		No cubierto		15 %	15 %
	Desde el segundo año	No cubierto		No cubierto		50 %	50 %
	Máximo	No cubierto		No cubierto		\$1,000	\$1,000
Máximo anual	Primer año	\$1,000		\$1,000		\$2,000	
	Desde el segundo año	\$1,500		\$1,500		\$2,500	
	Desde el tercer año	\$2,000		\$2,000		\$3,000	

Ejemplos de servicios del plan:

- Servicios preventivos**
 Evaluaciones, exámenes, limpiezas, tratamientos con flúor⁵ y radiografías de mordida/boca completa.
- Servicios básicos**
 Empastes compuestos de amalgama y resina, extracciones simples, tratamiento de urgencia del dolor dental, consultas y ajustes y reparaciones de prótesis dentales.
- Servicios especiales**
 Sedación profunda/anestesia general para servicios especiales, servicios de coronas, cirugía oral, empastes compuestos, periodoncia, endodoncia y prótesis dentales.

⁴ En Mississippi y Texas, no existen diferencias de costos compartidos para los proveedores fuera de la red. ⁵ Solo menores de 18 años.



Cargos no cubiertos por la presente póliza

Esta Póliza no cubre nada de lo siguiente:

- Cargos por tratamientos prestados antes de la Fecha de Entrada en Vigor o después de que finalice esta Póliza conforme a la cláusula de Finalización.
- Cargos por tratamientos que no figuren específicamente como Cargos Cubiertos en la sección Beneficios.
- Cargos ocasionados o relacionados con una complicación de un tratamiento no cubierto.
- Cargos que:
 - Se incurran por Servicios Experimentales o de Investigación.
 - Superen el Monto Máximo Permitido. El Monto Máximo Permitido para proveedores no participantes es el menor de:
 - Cargos facturados; o
 - La Tarifa Negociada en la Red; o
 - Cargos Habituales
 - Superen el beneficio máximo establecido en la Póliza o en el Programa de Beneficios.
 - No sean Médicamente Necesarios.
- Cargos por tratamiento en la medida en que los beneficios sean pagados por Medicare o cualquier otra ley o programa gubernamental, excepto Medicaid (Medi-Cal en California).
- Cargos por tratamiento elegible para beneficios bajo la ley de indemnización laboral, la ley de responsabilidad del empleador o leyes similares.
- Gastos incurridos fuera de Estados Unidos o sus territorios o Canadá, excepto para el tratamiento de urgencia del dolor dental.
- Cargos por tratamiento que se proporciona sin costo alguno para la Persona Cubierta, ya sea que se cobre o no.
- Cargos por tratamiento proporcionado por o a través de cualquier empleador de una Persona Cubierta o el empleador de un Familiar Directo de una Persona Cubierta.
- Cargos por tratamiento proporcionado por o a través de cualquier Familiar Directo de una Persona Cubierta o cualquier entidad en la que una Persona Cubierta o su Familiar Directo reciba, o tenga derecho a recibir, cualquier beneficio financiero directo o indirecto, incluido, pero sin limitarse a, un interés de propiedad en tal entidad.
- Cualquier tratamiento realizado por una persona que no sea un Dentista.
- Tratamiento de ortodoncia. (No incluido, a menos que los beneficios de ortodoncia estén incluidos en el plan).
- Servicios prestados por anestesiólogos o anestelistas o sedación intravenosa.
- Medicamentos recetados, excepto si están cubiertos en la sección Beneficios.
- Implantes dentales o extracción de implantes.
- Tratamiento diseñado principalmente con fines estéticos. Dicho tratamiento incluye el tratamiento para mejorar la apariencia, la autoestima o la imagen física y/o para aliviar o prevenir el malestar social, emocional o psicológico, excepto en los casos cubiertos por el Beneficio de Servicios de Ortodoncia. ("excepto en los casos cubiertos por el Beneficio de Servicios de Ortodoncia" solo se incluye en los planes que ofrecen servicios de ortodoncia).
- Blanqueamiento dental.
- Sustitución de cualquier diente faltante antes de la Fecha de Entrada en Vigencia, a menos que la Persona Cubierta haya estado asegurada conforme a esta Póliza durante al menos 24 meses.
- Sustitución de prótesis dentales completas o parciales, removibles o fijas, si la pieza que se sustituye tiene menos de 10 años, a menos que la Persona Cubierta haya estado asegurada conforme a esta Póliza durante al menos 24 meses.
- Para las Personas Cubiertas menores de 16 años, incrustaciones, recubrimientos, puentes o coronas, excepto las coronas de acero inoxidable o de plástico.
- Tratamiento cubierto por un plan de beneficios médicos o un plan que proporcione beneficios dentales pediátricos que cumplan con el requisito de beneficio de salud esencial de la Affordable Care Act (Ley de Cuidado de Salud Asequible).
- Cargos por coronas, incrustaciones, restauraciones con molde u otras restauraciones preparadas en laboratorio en dientes que pueden restaurarse con un relleno de resina compuesta o amalgama.
- Cargos por aparatos, incrustaciones, restauraciones con molde, coronas u otras restauraciones preparadas en laboratorio usadas principalmente para entablillar.
- Cargos por cualquier Tratamiento Dental cuyo único o principal propósito esté relacionado con:
 - El cambio o mantenimiento de la dimensión vertical.
 - La alteración o restauración de la oclusión, excepto el ajuste oclusal junto con la cirugía periodontal o el trastorno de la articulación temporomandibular.
 - Registro de la mordida.
 - Análisis de la mordida.
- Cargos por tratamiento dental por fractura de mandíbula.
- Cargos por sustitución de prótesis dentales, retenedores o puentes perdidos o robados, excepto los cubiertos en la sección Beneficios.
- Cargos por materiales o equipos personales, incluidos, entre otros, irrigadores bucales, cepillos de dientes o portahilos dentales.



limitaciones y exclusiones

- Cargos por procedimientos educativos, incluidos, entre otros, la higiene bucal, el control de placa o las instrucciones alimenticias.
- Cargos por completar formularios de reclamos o por faltar a citas con el dentista.
- La cobertura es renovable hasta los 65 años siempre que: se cumplan las disposiciones del plan, incluidos los requisitos de elegibilidad de los dependientes; no se hayan interrumpido el plan ni las operaciones comerciales de National General Accident & Health en el estado; y/o la persona asegurada no se haya trasladado a un estado donde no se ofrezca este plan.
Allstate Health Solutions tiene el derecho de cambiar las tarifas de las primas previa notificación correspondiente.

Exclusiones para la visión

- Además de las exclusiones mencionadas en la Póliza, se aplican las siguientes exclusiones adicionales a los Beneficios de la Visión. No pagaremos beneficios por nada de lo siguiente:
- Ortóptica, terapia visual y cualquier prueba complementaria asociada.
- Dos pares de marcos con lentes en lugar de bifocales, trifocales o progresivos.
- Lentes sin receta (planos) y cualquier otro tipo de gafas sin receta.
- Lentes o mejora de lentes que no figuren en el Programa de Beneficios.
- Lentes de gran tamaño.
- Sustitución de gafas rotas, perdidas o robadas, salvo en los intervalos normales en que se disponga de otras gafas.
- Procedimientos quirúrgicos como corrección visual con láser, queratotomía radial.
- Tratamiento médico o quirúrgico del o de los ojos.
- Examen de la vista o gafas correctoras exigidos por un empleador como condición para el empleo.
- Cualquier tratamiento, servicio, gafas o suministro oftalmológico que no figure en la sección Beneficios.

Resumen de beneficios

Esta es una descripción breve de tu cobertura. Las pólizas tienen excepciones y limitaciones que pueden limitar la cobertura. Para obtener una descripción completa de beneficios, excepciones y limitaciones, por favor, lee tu Resumen de Cobertura y tu póliza. La tarifa de la prima puede variar de un plan a otro. La cobertura finaliza con la rescisión de la póliza.

Estados con red pasiva: Mississippi y Texas. En los estados con red pasiva, los planes proporcionan a los miembros acceso a los descuentos de la red, sin que se apliquen diferencias de costos compartidos si el miembro usa un proveedor fuera de la red.

El plan no cumple con los requisitos de nivel de cobertura dental pediátrica exigidos por la Affordable Care Act (Ley de Cuidado de Salud Asequible). La cobertura dental pediátrica que cumple el requisito de nivel de cobertura de la Affordable Care Act puede adquirirse a través del mercado de tu estado o de tu agente de seguros.

Este plan proporciona beneficios limitados. El plan de beneficios de salud limitado no ofrece una cobertura médica integral. Es una póliza de beneficios básicos o limitados y no está destinada a cubrir todos los gastos médicos. Este plan no está diseñado para cubrir los gastos de una enfermedad crítica o crónica.



Allstate[®]
HEALTH SOLUTIONS

acerca de

Allstate Corporation (NYSE: ALL) es una de las mayores aseguradoras públicas de líneas personales de Estados Unidos. Como parte de Allstate Corporation, Allstate Health Solutions se centra en ofrecer opciones de cobertura complementaria y a corto plazo a particulares y asociaciones. Allstate Health Solutions es el nombre comercial de los productos suscritos por la National Health Insurance Company, la Integon National Insurance Company, la Integon Indemnity Corporation y la American Heritage Life Insurance Company. National Health Insurance Company suscribe productos para la venta en AK, AL, AR, AZ, DE, FL, GA, HI, IA, ID, IL, IN, KS, KY, LA, MA, MI, MN, MO, MS, ND, NE, NH, OH, OK, OR, PA, SC, SD, TN TX, UT, WI, y WY.



[allstatehealth.com](https://www.allstatehealth.com)