

Ejemplos de limitaciones y exclusiones generales

Como ocurre con cualquier plan de seguro, hay algunos servicios y tratamientos que tienen límites de cobertura o que no están cubiertos. Por ejemplo, los procedimientos de experimentación no suelen estar cubiertos. Este documento describe lo que no cubre su plan dental.

Nota: Su póliza contiene una explicación completa de los beneficios, incluyendo las limitaciones y exclusiones. Solamente los términos de la póliza son legalmente vinculantes.

Esta póliza no proporciona beneficios en ninguna de las siguientes circunstancias o para cualquiera de los siguientes padecimientos.

- Procedimientos dentales estéticos (cosméticos) – Servicios y suministros proporcionados en relación con procedimientos dentales que sean principalmente estéticos, incluyendo el blanqueamiento dental y las carillas frontales (labiales).
 - Alveolectomía cuando se realiza junto con una extracción dental – Cargo separado que no está cubierto para miembros del plan de 19 años o mayores.
 - Anestesia cuando se realiza junto con un procedimiento de restauración – Cargo separado que no está cubierto para miembros del plan de 19 años o mayores.
 - Agentes antimicrobianos – Administración local de agentes antimicrobianos en el tejido crevicular enfermo mediante un mecanismo de liberación controlada.
 - Lesiones atléticas sufridas mientras se compite o se practica para una competencia atlética profesional.
 - Protectores bucales atléticos para miembros del plan de 19 años o mayores.
 - Biopsias o exámenes histopatológicos – Cargo por separado para la biopsia de tejido bucal o el examen histopatológico.
 - Restauraciones moldeadas para dientes pilares de dentaduras parciales o con fines de ferulización, a menos de que el diente en sí requiera una restauración moldeada.
 - Cargos por consultas telefónicas, citas perdidas, visitas de familiarización, llenado de formularios de reclamación o reportes que PacificSource necesite para procesar las reclamaciones.
 - Obtención de cultivos y muestras para los miembros del plan de 19 años o mayores.
 - Barras de conexión o placas de liberación de tensión.
 - Reconstrucción de muñones, a menos de que sea para restaurar un diente que haya sido tratado mediante endodoncia en el caso de 19 años o mayores.
 - Servicios y suministros cosméticos y reconstructivos – Procedimientos, aparatos, restauraciones u otros servicios para propósitos principalmente cosméticos. (Las anomalías congénitas no se consideran como un procedimiento cosmético).
 - Ajustes o rebases de dentaduras que se realicen durante los seis meses siguientes a la colocación inicial.
 - Reemplazo de dentaduras por pérdida, robo o rotura, a menos de que se indique lo contrario en la sección de Servicios Cubiertos.
 - Modelos de diagnóstico (estudio) para miembros de 19 años o mayores.
 - Fármacos y medicamentos de prescripción y medicamentos o suministros para llevar a casa que sean distribuidos por un proveedor para cualquier miembro del plan, así como fármacos de premedicación, analgésicos y cualquier otro fármaco euforizante para miembros de 19 años o mayores.
 - Programas educativos – Programas de control de la placa dentobacteriana, técnicas de higiene bucal e instrucciones dietéticas.
 - Procedimientos de experimentación, de investigación o no comprobados – Esta póliza no cubre servicios, suministros, protocolos, procedimientos, dispositivos, quimioterapia, fármacos o medicamentos ni el uso de los mismos cuando sea para propósitos de experimentación, de investigación o no comprobados para el diagnóstico y tratamiento del miembro. Esta limitación también excluye los tratamientos que todavía no hayan recibido el apoyo de compendios reconocidos (por ejemplo, UpToDate, Lexicomp, FDA) por cuestiones que no sean de experimentación, de investigación, no comprobados o para pruebas clínicas; que no sean una práctica médica generalmente aceptada en el estado de emisión de su póliza o según la determinación de los asesores médicos, las asociaciones médicas y/o los recursos tecnológicos; que no estén aprobados para su reembolso por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid; que se proporcionen en relación con una investigación médica o de otro tipo; o que sean considerados por cualquier agencia o subdivisión gubernamental como de experimentación, de investigación, no comprobados, no razonables, no necesarios o cualquier otra determinación similar.
- Si usted o su proveedor tienen alguna duda sobre la cobertura de un tratamiento específico, le recomendamos que se ponga en contacto con nuestro equipo de Servicio al Cliente. Organizaremos la revisión médica de su caso de acuerdo con nuestros criterios y le notificaremos si se cubrirá o no el tratamiento propuesto.
- Fracturas del maxilar y la mandíbula – Cirugía, servicios y suministros proporcionados en relación con el tratamiento de fracturas simples o compuestas del maxilar o la mandíbula.

- Anestesia general, excepto cuando sea administrada por un proveedor en relación con una cirugía oral en su consultorio, a menos de que se indique lo contrario en la sección de Servicios Cubiertos.
- Gingivectomía, gingivoplastia o alargamiento de la corona junto con servicios de preparación de la corona o de un puente fijo realizados el mismo día del servicio.
- Registros gnatólogicos, procedimientos de equilibrado oclusal u otros procedimientos similares.
- Cargos de hospital u honorarios adicionales que cobre el proveedor por proporcionar un tratamiento en el hospital a los miembros de 19 años o mayores.
- Hipnoterapia.
- Los recubrimientos indirectos de la pulpa deben incluirse en el procedimiento de restauración y no se consideran como un Servicio Cubierto por separado.
- Control de infecciones – Un cargo por separado para la esterilización o el control de las infecciones.
- Ferulización intra y extra coronal – Dispositivos y procedimientos de ferulización intra y extra coronal para estabilizar dientes móviles.
- Los proveedores de entrega a domicilio y los proveedores basados en Internet no son proveedores elegibles.
- Servicios de ortodoncia – Reparación o reemplazo de aparatos de ortodoncia.
- Servicios de ortodoncia – Tratamiento de la desalineación de los dientes y/o mandíbulas, o cualquier servicio auxiliar realizado a causa de un tratamiento de ortodoncia, excepto aquellos especificados en la sección de Servicios Cubiertos.
- Cirugía ortognática – Servicios y suministros para aumentar o reducir el tamaño del maxilar superior o inferior.
- Sondeos periodontales, gráficos y reevaluaciones.
- Imágenes fotográficas.
- Retención de perno dental además de restauración para miembros de 19 años o mayores.
- Aditamentos de precisión.
- Pulpotomías en dientes permanentes para miembros de 19 años o mayores.
- Remoción de restauraciones de amalgama clínicamente útiles para sustituirlas por otros materiales sin mercurio, excepto con una prueba de alergia al mercurio.
- Cuidados programados y/o no urgentes fuera de los Estados Unidos.
- Servicios cubiertos por la póliza médica del miembro.
- Servicios para reconstruir o mantener las superficies de masticación debido a dientes desalineados u oclusión, o bien, para estabilizar los dientes.
- Servicios por los que normalmente no se cobre a falta de un seguro.
- Servicios o suministros no incluidos en la lista de Servicios Cubiertos, a menos de que los requiera la ley federal o estatal.
- Servicios o suministros cubiertos por cualquier póliza o programa establecido por un gobierno o subdivisión política nacional o del extranjero, a menos de que dicha exclusión esté prohibida por la ley.
- Servicios o suministros sin costo o por los cuales el miembro no esté legalmente obligado a pagar o un proveedor o una institución no estén autorizados a prestar, aún si el servicio o suministro pudiera ser elegible de otro modo. Esta exclusión incluye los servicios prestados por el miembro o por cualquier profesional certificado que esté directamente emparentado con el miembro por consanguinidad o matrimonio.
- Injertos de elevación de seno para preparar el área del seno para implantes.
- Aparatos para liberar la tensión o modificar los hábitos.
- Articulación temporomandibular (TMJ) – Servicios o suministros para el tratamiento de cualquier alteración de la articulación temporomandibular.
- Responsabilidad civil de terceros, responsabilidad civil de vehículos motorizados, cobertura de seguro de vehículos motorizados, compensación de los trabajadores – Todos los servicios o suministros por enfermedad o lesión de los que sea responsable un tercero o que deban ser pagados por dicho tercero o por las leyes aplicables de compensación del trabajador, responsabilidad civil de vehículos motorizados, conductores sin seguro, conductores con seguro insuficiente, seguro de protección contra lesiones personales (PIP) y cualquier otro seguro de responsabilidad civil y/o seguro voluntario de pago médico, en la medida en que se recupere cualquier monto de dichas fuentes.
- Trasplante de dientes – Servicios y suministros proporcionados en relación con el trasplante de dientes, incluyendo la reimplantación de un lugar a otro, la ferulización y/o la estabilización. Esta exclusión no aplica a la reimplantación de un diente en su alveolo original después de haber sido avulsionado.
- Tratamiento después de la terminación del seguro – Servicios o suministros que reciba un miembro una vez que termine su cobertura bajo esta póliza. La única excepción son los servicios de Clase III que sean solicitados y ajustados antes de que termine la inscripción y que se coloquen durante los 31 días siguientes a la terminación de la inscripción.
- Tratamientos que no sean dentalmente necesarios según las prácticas dentales aceptables o tratamientos que probablemente no tengan un pronóstico razonablemente favorable.
- Tratamiento de cualquier enfermedad o lesión relacionada con un acto o una ocupación ilegal o con la participación en un delito grave.
- Tratamientos previos a la inscripción o al cumplimiento del Periodo de Exclusión, en caso de que aplique.
- Negarse a proporcionar información – Cargos por servicios o suministros por los cuales el miembro no esté dispuesto a proporcionar la información dental o de elegibilidad necesaria para determinar los beneficios cubiertos por esta póliza.
- Padecimientos relacionados con la guerra – El tratamiento de cualquier padecimiento causado o derivado de un acto de guerra, una invasión armada o durante el servicio en las fuerzas armadas, a menos de que no esté cubierto por la cobertura militar o de veterano del miembro del plan.

Renovabilidad de las pólizas individuales

Esta póliza es de renovación garantizada con respecto a todos los miembros a opción del titular de la póliza, excepto en los siguientes casos:

- Debido a la falta de pago de la prima requerida. El aviso de cancelación por falta de pago de las primas se enviará por correo en un plazo de 15 días a partir de la fecha de vencimiento de la prima no pagada correspondiente a ese periodo;
- Por fraude o tergiversación intencional de un hecho material por parte del asegurado;
- Cuando PacificSource deje de ofrecer o renovar todas sus pólizas dentales individuales e independientes en el estado de emisión o en un área específica del estado. La discontinuación de todas las pólizas dentales individuales e independientes está sujeta a una notificación con al menos 180 días de anticipación a la discontinuación de las pólizas;
- Cuando PacificSource deje de ofrecer o renovar esta póliza en un área específica del estado de emisión debido a la imposibilidad de llegar a un acuerdo con los proveedores o con una organización de proveedores para prestar servicios dentro del área de servicio según lo dispuesto en la póliza. La discontinuación de esta póliza está sujeta a una notificación con al menos 90 días de anticipación a la discontinuación;
- Si el Departamento de Seguros considera que la renovación no sería en el mejor interés del miembro o afectaría la capacidad que tiene PacificSource de cumplir con sus obligaciones contractuales;
- Cuando el miembro deje de vivir o residir en el estado de emisión o en los condados donde se ofrece el producto; o
- Cuando el titular de la póliza rescinda la póliza en cualquier fecha de pago de las primas dando aviso por escrito con 15 días de anticipación.

Divulgación de prácticas relacionadas con las primas y garantías

a) Cómo se determinan las primas

Su prima se determina en base a los beneficios que usted seleccione, su ubicación geográfica y la edad de las personas cubiertas por la póliza. Cualquier aumento de la prima por renovación se debe a los cambios en la edad y a cualquier incremento aprobado por el Departamento de Seguros.

b) Garantía de la prima

Garantizamos la prima inicial hasta su próxima fecha de renovación. Su prima puede cambiar si usted cambia sus beneficios al momento de la renovación.