1 ENERO – 31 DICIEMBRE, 2026



RESUMEN DE BENEFICIOS

HRI DENTAL & VISION

Plan Familiar Preventivo

Resumen de Beneficios del Plan Dental

Este Resumen de Beneficios del Plan Dental está proporcionado por Paramount Dental para algunos de los procedimientos dentales más comunes. Este Resumen de Beneficios del Plan Dental se debe leer junto con el Certificado de su Plan. El Certificado de su Plan proporciona información adicional sobre su Plan de Paramount Dental, incluyendo exclusiones y limitaciones del plan. Si una afirmación en este Resumen de Beneficios del Plan Dental entrara en conflicto con una afirmación en el Certificado, la afirmación en este Resumen de Beneficios del Plan Dental se le aplica a usted y debería ignorar la afirmación contradictoria en el Certificado.

Número de Grupo: Plan Familiar Preventivo

Máximo Annual del Plan	**Ninguno**
Deducible (eximido para servicios preventivos y diagnósticos)	**Adultos: Ninguno /Pediátrico: $25**

Diagnóstico & Preventivo		**Adulto En la Red***	**Pediátrico En la Red***
Examen: periódico, limitado, completo		100%	100%
Limpieza Dental (profilaxis)		100%	100%
Flúor – aplicación tópica o barniz.		100%	100%
Rayos X- radiografías interproximales, periapicales, panorámicas		100%	100%
Rayos X -radiografías interproximales verticales, de toda la boca		0%	100%
Selladores Dentales		0%	100%
Separador: fijo & removible		0%	100%
Básico (período de espera de 6 meses para miembros de 21 años y mayores de 21)			
Restauración Menor	*Empastes-plata/amalgama o blancos/composite (dientes anteriores y posteriores)*	0%	50%
Endodoncia	*Terapia de endodoncia: incluye rayos x periapicales, cultivos, atención de seguimiento, tratamientos y pulpotomía*	0%	50%
Periodoncia	*Raspado & alisado radicular*	0%	50%
Prostodoncia	*Reparación de revestidura, de base, reparaciones y reemplazo y ajuste de dientes.*	0%	50%
Cirugía oral	*Extracciones*	0%	50%
Complementario	*Tratamiento paliativo de urgencia*	0%	100%
	Anestesia- general y sedación intravenosa, óxido nitroso	0%	50%
	Teleodontología (2 visitas por año)	100%	100%
Mayor (período de espera de 9 meses para miembros de 21 años y mayores de 21)			
Restauración Mayor	*Coronas, Inlays, Onlays, Reconstrucción de Muñón*	0%	50%
	Inlays, Onlays, Perno, Recementación y Reparaciones	0%	50%
Endodoncia	*Apexificación, Apicectomía*	0%	50%
Periodoncia	*Gingivectomía, gingivoplastia, colgajo gingival, alargamiento óseo y de corona clínica*	0%	50%
Prostodoncia	*Puentes, dentaduras postizas parciales y completas*	0%	50%
Cirugía oral	*Extracciones Quirúrgicas incluyendo impactación, erupción*	0%	50%
	Alveoloplastia y otros procedimientos quirúrgicos	0%	50%
Ortodoncia Pediátrica Medicamente Necesaria-ver definición en página 2			
Servicios de Implantes incluyendo colocación y pilares y otros servicios relacionados		0%	50%
Servicios Ortodóncicos (aparatos dentales)- Niño (menor de 21 años)		0%	50%

* Los dentistas de dentro **de la red** han acordado aceptar las tarifas máximas contractuales permitidas para servicios dentales cubiertos. Su porcentaje de coseguro se basará en esa tarifa contractual. Por lo tanto, le podrá sacar mayor provecho a la cantidad correspondiente a su beneficio, además de que las cantidades a abonar de su propio bolsillo serán probablemente menores, cuando acuda a un dentista parte de la red.

*Los dentistas **fuera de la red** no tienen ninguna obligación de aceptar las tarifas contractuales. Cuando se reciban servicios odontológicos de un dentista con el que no exista una relación contractual, los porcentajes en esta columna indican la porción de la lista de tarifas de dentistas no participantes en Paramount Dental (cantidad permitida) que será abonada por esos servicios. Esta cantidad permitida de la lista de tarifas puede ser menor que el cargo realizado por el dentista y se le considerará responsable a usted de abonar esa diferencia y su porcentaje de coseguro.

- Las evaluaciones orales se pagan 2 por período consecutivo de 12 meses comenzando con la erupción del primer diente, pero no más tarde de los 12 meses de edad.
- Una limpieza dental rutinaria (profilaxis) se paga 2 por período consecutivo de 12 meses independientemente de la especialidad del dentista a menos que se realice en el plazo de 6 meses siguientes a raspado periodontal y alisado radicular, desbridamiento periodontal completo o mantenimiento periodontal.
- Un tratamiento de flúor, excluyendo barniz, se paga una vez cada 6 meses. El barniz de flúor se paga una vez por 6 meses. El barniz se paga 4 veces por Año de Beneficios del Plan para dependientes de edad 0-2.
- Las radiografías interproximales se pagan hasta un máximo de 4 radiografías en un período de 12 meses. Las radiografías de toda la boca o radiografías Panorámicas se pagan una vez cada 4 años. La cantidad máxima considerada para todas las imágenes radiográficas tomadas en un día será equivalente a la cantidad permitida para radiografía de la boca completa. No se le puede pasar factura al afiliado por la diferencia.
- Los selladores dentales se pagan una vez cada 3 años únicamente para molares permanentes y para dependientes menores de 21 años.
- Una restauración (amalgama o rellenos a base de resina) se paga una vez en cualquier período de 2 años por diente para dientes anteriores y posteriores.
- No se pagará una restauración de muñón si se realiza en el plazo de 3 años de una restauración y/o reemplazo del mismo diente en un período de 5 años. La cobertura para restauración de muñón requiere la presentación de una imagen radiográfica duplicada y diagnósticamente aceptable, imagen radiográfica preoperativa o una foto intraoral.
- Las sustituciones de coronas se pagan cada 5 años por diente.
- El tratamiento de endodoncia incluye radiografías periapicales, cultivos, atención de seguimiento, tratamientos, pulpotomía.
- El raspado periodontal y alisado radicular (4 o más dientes con enfermedad periodontal activa y dientes que reúnan los requisitos) se paga una vez en un período de 2 años por cuadrante y sujeto a la presentación de tabla completa de toda la boca de sondaje dental con seis puntos por sondajes del diente y radiografías diagnósticas de toda la boca y/o radiografías interproximales verticales para determinar si el procedimiento reúne los criterios del plan. Se recomienda un estimado previo al tratamiento para determinar la cobertura.
- Los implantes/servicios relacionados con implantes se pagarán una vez por diente en cualquier período de 5 años.
- La sustitución de dentaduras postizas, dentaduras parciales, y puentes fijos se pagan una vez por cada 5 años.
- Visitas de teleodontología, dos permitidas por período de 12 meses.

Servicios Ortodóncicos (Solo Pediátricos Medicamente Necesarios) –Los servicios ortodóncicos están cubiertos para menores de 21 años y solo están cubiertos para menores con impedimento significativo a resultas de anormalidades craneofaciales, maloclusiones, causadas por trauma o malformaciones congénitas que afecten la capacidad diaria de funciones como el habla o la alimentación. Se requiere autorización previa.

Deducible – $0 para adultos and **$25** para dependientes menores de 21 años, por Año de Beneficio del Plan. El deducible no se aplica a servicios de diagnóstico ni preventivos. Por favor consulte su Póliza Principal de Grupo para la definición de la metodología del Deducible del Beneficio.

Máximo Anual del Plan – No hay un Máximo Anual del Plan para este Plan de Beneficios.

Año de Beneficio del Plan- – El Plan caducará al final del año del calendario en el cual el miembro y sus dependientes se hayan inscrito.

Cantidad Máxima de su Propio Bolsillo para Atención Dental Pediátrica – $450 por Año de Beneficio del Plan por un niño, **$900** por Año de Beneficio del Plan por dos o más niños. Por favor consulte su Póliza Principal de Grupo para la definición de la metodología de Cantidad Máxima de su propio bolsillo.

Elegibilidad – Usted, y si corresponde, su cónyuge legal (o pareja de hecho) y sus hijos que reúnan los requisitos de edad para ser dependientes se consideran elegibles en la fecha efectiva de la póliza.

Límite de Edad para Dependientes – La cobertura para dependientes incluye hijos hasta la edad de 26 años independientemente de cualquier o una combinación de los siguientes factores: independencia económica, residencia, condición de estudiante, estado laboral o estado civil.

Período de Espera para Servicios Cubiertos – No hay período de espera para este Plan de Beneficios El período de espera para Servicios Cubiertos no se aplica a atención pediátrica

Reembolso Fuera de la Red – No hay reembolsos fuera de la red en este plan.

Los seguros están comercializados y administrados con servicios de gestión de la red por Paramount Dental. Los planes de HRI Dental & Vision están suscritos y asegurados por Health Resources, Inc. Por favor visite www.InsuringSmiles.com donde puede encontrar su Certificado, Resumen y Beneficios del Plan Dental, además de para encontrar un dentista y otra información del plan.


HRI
DENTAL
&VISION