

RYDER HEALTH PLAN, INC.

ENDOSO

CUBIERTA DENTAL EXTENDIDA

RYDER HEALTH PLAN, INC.

Endoso

Cubierta Dental Extendida



RYDER HEALTH PLAN, INC.

ENDOSO CUBIERTA DENTAL EXTENDIDA

Planes Individuales Metales

Ryder Health Plan Inc., (en adelante RHP) ofrece beneficios dentales al suscriptor y a los dependientes elegibles de conformidad con las disposiciones de este endoso.

Este endoso forma parte de la cubierta a la cual se adhiere y se emite en consideración al pago de una prima adicional correspondiente y por adelantado. El mismo está sujeto a los términos y condiciones de la cubierta que no estén en conflicto con los términos y condiciones de este endoso y se emite de conformidad con las políticas de pago establecidas.

El propósito de este documento es permitirle conocer los beneficios adicionales a su cubierta dental básica que le provee este endoso dental para usted y sus dependientes elegibles.

Familiarice con este documento y manténgalo a su alcance para referencia. De tener alguna duda al respecto puede comunicarse al (787)833-8070 para detalle de los servicios cubiertos.

Cordialmente,

Carmen Colon, MBA
Directora Ejecutiva

Conserve este documento en un lugar seguro para que pueda referirse a los beneficios descritos en este endoso que son parte de su cubierta.

TABLA DE CONTENIDO

DEFINICIONES....3
SERVICIOS CUBIERTA DENTAL....4
AUTORIZACION DE SERVICIOS....5
REEMBOLSOS....5
LIMITACIONES....5
EXCLUSIONES....6
TABLA DE DEDUCIBLES, COPAGOS Y COASEGUROS....7

DEFINICIONES

1. **BENEFICIO MÁXIMO**: Cantidad máxima de beneficios a pagarse por año póliza.

2. **DENTISTA:** Se conoce al profesional de la salud cuyo trabajo consiste en el cuidado de la dentadura de sus pacientes. Odontólogo legalmente autorizado a practicar la profesión de dentista.

3. **DENTISTA NO PARTICIPANTE:** Dentista con licencia regular que no haya firmado contrato con RHP para prestar servicios dentales.

4. **DENTISTA PARTICIPANTE:** Dentista con licencia regular expedida por la entidad gubernamental designada para estos propósitos y miembro *bonafide* del Colegio de Cirujanos Dentistas de Puerto Rico, que haya firmado contrato con RHP para prestar servicios dentales.

5. **COASEGURO:** Por ciento de los honorarios establecidos que paga la persona cubierta directamente al dentista al momento de recibir los servicios, de acuerdo al Resumen de Coaseguros que se presenta al final de este endoso.

6. **ESCALA DE HONORARIOS**: Aquellos honorarios establecidos por RHP para los servicios cubiertos por este endoso. Tanto el dentista participante como la persona cubierta se comprometen a aceptar estos honorarios como pago total por cada servicio cubierto en el endoso dental. Estos honorarios están sujetos a los términos y condiciones especificadas en este endoso.

7. **PERIODONCIA:** Rama de la odontología relacionada con el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de las encías y otros tejidos que forman parte del soporte de los dientes.

8. **SUSCRIPTOR O PERSONA CUBIERTA:** Persona que mantiene un contrato de cubierta que le da derecho a recibir beneficios y servicios establecidos y asume las responsabilidades.

9. **PLAN DE TRATAMIENTO:** Informe detallado de los procedimientos recomendados por el dentista para el tratamiento de las necesidades dentales de la persona cubierta, encontradas en el examen realizado por el mismo dentista.

10. **AUTORIZACION:** Evaluación del plan de tratamiento sugerido por el dentista antes de la prestación de los servicios, para determinar los gastos que RHP cubre.

SERVICIOS CUBIERTA DENTAL

Esta es una cubierta dental con beneficios extendidos. La misma está diseñada para suplementar su cubierta dental básica. La cubierta Dental Extendida provee para un beneficio máximo anual de $1,000.00 (mil dólares) por persona cubierta. Este beneficio anual y los copagos se calculan a base de las cantidades realmente pagadas bajo la cubierta. Los gastos por los servicios dentales están cubiertos según las tarifas establecidas para tales propósitos por RHP. Refiérase a las secciones de limitaciones y exclusiones que prevalecen sobre los beneficios descritos en esta cubierta.

A. Servicios Diagnósticos, Preventivos
   1) Imagen radiográfica panorámica o serie completa de radiografías (full mouth) cada (3) años
   2) Imágenes radiográficas oclusales
   3) Prueba de vitalidad (1) una cada (6) meses por suscriptor
   4) Evaluación comprehensiva periodontal, (1) uno por año contrato
   5) Consulta de especialista, (1) cada (12) meses

B. Servicios Restaurativos
   1) Restauraciones en amalgama (platificaciones)
   2) Resina compuesta en dientes anteriores y posteriores
   3) Sellantes de fisura en dientes posteriores permanentes

C. Servicios Restaurativos especiales
   1) Mantenedores de espacio fijos
   2) Re-cementación mantenedores de espacio, inlays, coronas, poste y muñón
   3) Construcción de poste y muñón
   4) Corona de acero inoxidable en dientes deciduos y permanente, limitado a cada (36) meses por superficie
   5) Corona provisional
   6) Restauración protectora (sedativa)
   7) Reparación de coronas

D. Servicios de Endodoncia
   1) Recubrimiento pulpar directo e indirecto
   2) Apicoectomía anterior, bicúspide y molar
   3) Apexificación
   4) Tratamiento de canal y retratamiento a dientes anteriores, bicúspides y molares
   5) Pulpotomía

E. Servicios de Periodoncia
   1) Examen periodontal

2) Mantenimiento periodontal
3) Alisado radicular
4) Gingivectomía
5) Cirugía ósea

Para los servicios en los Incisos **C, D y E** se necesita solicitar autorización de RHP previo a recibir los servicios.

AUTORIZACION DE SERVICIOS

Cuando la persona suscrita utilice los servicios de dentistas participantes, éstos se encargarán de solicitar autorización al RHP para aquellos servicios que la requieran antes de prestar los mismos.

REEMBOLSOS

Si el suscriptor recibe servicios cubiertos de dentistas no participantes en Puerto Rico o servicios fuera de Puerto Rico, RHP reembolsará al suscriptor la cantidad que resulte menor entre el gasto incurrido y lo que se hubiese pagado a un proveedor participante en Puerto Rico por el mismo servicio, de acuerdo a las tarifas establecidas, luego de descontar los coaseguros aplicables. Estos servicios están sujetos a los límites establecidos en esta cubierta.

LIMITACIONES

RHP pagara por los gastos o servicios cubiertos, bajo las siguientes limitaciones:

1. La serie completa de radiografías (panorámica) no más de una cada tres (3) años póliza, por persona cubierta, y estas son mutuamente excluyentes una de la otra.

2. Los sellantes de fisura para menores de 14 años uno de por vida, por diente, en dientes posteriores permanentes y no obturados en el oclusal.

3. Las restauraciones en amalgama (platificaciones) y de resina compuesta están cubiertas una (1) cada dos (2) años por diente y superficie.

4. Mantenedores de espacio fijos para menores de 14 años, uno por cuadrante o arco, de por vida.

5. Las apicectomías, tratamientos y retratamientos una de por vida, por diente

6. El examen periodontal se considerará para pago uno (1) por persona cubierta por Periodoncista/Oficina de la misma especialidad. Puede repetirse luego de haber transcurrido 3 años desde la última evaluación periodontal comprensiva o periódica.

7. El mantenimiento periodontal uno cada seis (6) meses después de haber concluido la terapia activa.

8. El alisado radicular un servicio por cuadrante cada dos (2) años.

9. El detartraje se cubre una vez al año siempre que haya transcurrido por lo menos 12 meses desde el último mantenimiento periodontal o profilaxis dental (D1110).

10. La ferulización provisional extra coronal está cubierta hasta uno (1) por cuadrante cada tres (3) años.

11. Gingivoplastia y gingivectomía, hasta uno (1) de los dos servicios por cuadrante cada 3 años.

12. El *flap gingival* incluye el alisado radicular hasta uno (1) por cuadrante, cada 3 años mientras que el *flap posicional apical* uno por cuadrante, por vida.

EXCLUSIONES

RHP no pagara por los siguientes gastos o servicios, excepto que se disponga lo contrario:

1. Todo servicio no incluido como servicio cubierto en la descripción de esta cubierta

2. Tratamientos de endodoncia en dientes primarios (deciduos)

3. Retratamiento de canal en casos de endodoncias contaminadas como consecuencia de que no asistió a restaurarse debidamente el diente.

4. Servicios de prótesis y ortodoncia

5. Implantes dentales y todos los servicios relacionados

6. Coronas permanentes en dientes primarios (deciduos)

7. Servicios con fines estéticos o cosméticos

RYDER HEALTH PLAN, INC.

TABLA DE DEDUCIBLES, COPAGOS Y COASEGUROS

Cubierta Dental Extendida

Ryder Health Plan, Inc.

Cubierta Dental Extendida	**Deducibles, Copagos y Coaseguros**
Servicios Diagnósticos, Preventivos	0%
Servicios Restaurativos	20%
Servicios Restaurativos Especiales	40%
Servicios de Endodoncia	40%
Servicios de Periodoncia	40%