La información en este documento es para el Año del Plan 2026.
Para obtener la información del Año del Plan 2025, comuníquese con Servicio al Cliente.

DOMINION® NATIONAL

Sonría más con beneficios a su medida

En Dominion National, sabemos que usted es único. Por eso hemos diseñado planes personalizados y prestamos un servicio excepcional, para que usted pueda prosperar y centrarse en lo que realmente le importa.

TRABAJAMOS PARA EL BENEFICIO DE NUESTROS MIEMBROS, ENTREGANDO:

REDES EXTENSAS[2]

La red de Choice PPO ofrece acceso a más de 387,000 dentistas en el país.[1,3]

Las redes Elite PPO y Elite ePPO proporcionan flexibilidad inigualable y menores costos de bolsillo.

La red del Plan Select (Select Plan) es una de las más grandes de la región del Atlántico Medio.[3,4]

Par buscar un proveedor participante, visite **DominionNational.com**.

ACCESO SEGURO EN LÍNEA

Acceda a su tarjeta de identificación digital, busque un proveedor y más por medio de recursos seguros en línea.

PORTAL PARA MIEMBROS
DominionMembers.com

SERVICIO DE COMUNICACIÓN MÓVIL DOMINION NATIONAL
Regístrese en DominionNational.com/go o llamando al 888.596.0716

ASISTENCIA POR CHAT EN DIRECTO
Visite DominionNational.com para hablar por chat con un agente en directo.

BENEFICIOS DE VALOR AGREGADO[5]

PROGRAMA DE RECOMPENSAS POR PREVENCIÓN
Obtenga limpiezas.
Obtengas recompensas.
Los suscriptores principales recibirán un pago de $20 de Dominion por ellos mismos y por cada familiar inscrito que reciba dos limpiezas en un año calendario de un dentista participante.

¡No se necesitan otros pasos! Solo visite a su dentista participante dos veces al año para una limpieza, pídale que el reclamo, y Dominion enviará automáticamente el cheque de recompensa al suscriptor principal.

PROGRAMA DE DESCUENTO DE AUDICIÓN
amplifonusa.com/dn
Acceda a descuentos en aparatos auditivos y servicios de audición.[6]

DESCUENTO Z DENTAL
Myzsonic.com/DN
Acceda a descuentos en productos premium de cuidado bucal y accesorios que ofrece Z Dental.

LLAMADA SIN COSTO, ACCESO LAS 24 HORAS llamando al 888.518.5338

La información de elegibilidad y reclamos está disponible para miembros, administradores de beneficios y dentistas.

1 Reporte de análisis de Dominion National, 2024.
2 Las redes y productos varían por estado. Consulte la disponibilidad en su mercado de seguros estatal.
3 Los proveedores participantes están sujetos a cambios.
4 Plan de atención administrada con red exclusiva, copagos fijos del miembro, sin límites máximos anuales en dólares, sin períodos de espera y sin deducibles. En Nueva Jersey, los Planes Select están disponibles únicamente en los condados de Camden, Cumberland y Gloucester. Reporte de análisis de Dominion National, 2023. El Atlántico Medio incluye D.C., Delaware, Maryland, Nueva Jersey, Pensilvania y Virginia.
5 El aviso de ofertas de descuento es únicamente con fines informativos y no constituye una recomendación médica. Las ofertas de descuento están sujetas a cambios sin aviso.
6 Visite amplifonusa.com/dn para obtener toda la información. Amplifon Hearing Health Care Corp. administra los servicios de audición.

P.O. Box 21522; Eagan, MN 55121-0522

El plan dental está suscrito por Dominion Dental Services, Inc. (en adelante, "Dominion").

DOMINION® NATIONAL DENTAL

Elite PPO Básico (PA)
Programa de cobertura, limitaciones y exclusiones para servicios para adultos (mayores de 19 años)

Clase de servicio	Descripción del servicio	Dentro de la red		Fuera de la red	
		El plan paga	Período de espera	El plan paga[2]	Período de espera
		Y1|Y2|Y3[1]		Y1|Y2|Y3[1]	
1	Servicios de diagnóstico y preventivos	100%|100%|100%	Ninguna	90%|90%|90%	Ninguna
2	Servicios básicos	50%|60%|80%	Ninguna	30%|50%|70%	Ninguna
3	Servicios principales	15%|25%|50%	Ninguna	10%|20%|40%	Ninguna
4	Servicios de ortodoncia	0%	N/A	0%	N/A

1. La cantidad que paga el plan por los servicios aumenta del año 1 al año 3, con una contribución máxima al plan en el año 3, siempre que el Miembro tenga cobertura continua durante cada año.

Deducible anual	Dentro de la red	Fuera de la red
Adulto individual	$50	$50
Tres o más adultos	$150	$150
Se aplica a	Clase 1, Clase2 y Clase 3	Clase 1, Clase 2 y Clase 3

- Cada miembro debe pagar la cantidad deducible combinada dentro y fuera de la red por los servicios dentales antes de que el plan comience a cubrir los procedimientos dentales del miembro. Hay un deducible de $50 por miembro adulto por año calendario y la cantidad del deducible de un solo adulto debe cumplirse antes de cumplir el deducible de tres o más adultos. Para tres o más adultos, la cantidad máxima total combinada del deducible para todos los miembros adultos es de $150 por año calendario, momento en el que el deducible no se aplica a los miembros adultos restantes.

Máximos	Dentro de la red	Fuera de la red
Anual	$1,000	$1,000
Ortodoncia de por vida	N/A	N/A

- El máximo listado es la cantidad en dólares que el plan pagará por el costo de la atención dental en el período especificado por miembro.
- El máximo anual se combina para servicios dentro y fuera de la red.
- El máximo anual se aplica a: Clase 1, Clase 2, y Clase 3.

Asignación fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
	N/A	MAC

2. A diferencia de los proveedores dentro de la red (INN) que han acordado cargos negociados para los servicios, los proveedores fuera de la red (OON) no tienen contrato con Dominion o las redes dentales que Dominion arrienda. Como tal, los proveedores OON establecen sus propios cargos y Dominion solo reembolsa al miembro basándose en la lista de tarifas INN establecido, que se determina por el área geográfica donde se ocurren los gastos. Esto significa que si el cargo del proveedor OON es más alto que la lista de tarifas INN de Dominion, se le facturará al miembro el saldo restante para cubrir el cargo del proveedor.

- Si el curso del tratamiento va a exceder los $300, se recomienda una revisión previa.

El plan pagará el cargo negociado del dentista participante o el cargo máximo permitido (sujeto al porcentaje de cobertura de beneficios) por procedimientos y servicios dentales como se muestra abajo, después de cualquier deducible anual obligatorio.

Clase de servicio	Descripción del servicio	Limitación del servicio	Dentro de la red			Fuera de la red		
			El plan paga	Período de espera (meses)	¿Se aplica un deducible?	El plan paga	Período de espera (Meses)	¿Se aplica un deducible?
1	Evaluaciones	Dos por año calendario, incluyendo un máximo de una evaluación integral cada 36 meses	Y1: 100% Y2: 100% Y3: 100%	Ninguna	Sí	Y1: 90% Y2: 90% Y3: 90%	Ninguna	Sí
1	Examen centrado en emergencias o problemas	Uno por año calendario	Y1: 100% Y2: 100% Y3: 100%	Ninguna	Sí	Y1: 90% Y2: 90% Y3: 90%	Ninguna	Sí
1	Profilaxis (limpieza, raspado y pulido de dientes)	Dos por año calendario	Y1: 100% Y2: 100% Y3: 100%	Ninguna	Sí	Y1: 90% Y2: 90% Y3: 90%	Ninguna	Sí
1	Recompensas por prevención	El suscriptor principal recibirá un pago de $20 de Dominion por cada familiar que reciba dos limpiezas durante el año calendario de un dentista que participe en la red de Elite PPO	Y1: 100% Y2: 100% Y3: 100%	Ninguna	Sí	Y1: 90% Y2: 90% Y3: 90%	Ninguna	Sí
1	Radiografías de mordida	Dos por año calendario	Y1: 100% Y2: 100% Y3: 100%	Ninguna	Sí	Y1: 90% Y2: 90% Y3: 90%	Ninguna	Sí
1	Tratamiento paliativo del dolor dental – por visita	Solo si no se hicieron otros servicios que no sean examen y radiografías en la misma fecha del servicio	Y1: 100% Y2: 100% Y3: 100%	Ninguna	Sí	Y1: 90% Y2: 90% Y3: 90%	Ninguna	Sí
1	Teleodontología, síncrona (D9995) o asíncrona (D9996)	Debe ir acompañada de un procedimiento cubierto	Y1: 100% Y2: 100% Y3: 100%	Ninguna	Sí	Y1: 90% Y2: 90% Y3: 90%	Ninguna	Sí
2	Extracción sencilla de dientes		Y1: 50% Y2: 60% Y3: 80%	Ninguna	Sí	Y1: 30% Y2: 50% Y3: 70%	Ninguna	Sí
2	Empastes de amalgama y resina compuesta (restauraciones anteriores de superficies mesiolinguales, distolinguales, mesiovestibulares y distovestibulares consideradas restauraciones de una sola superficie)	Excluyendo empastes compuestos premolares y molares, por diente, por superficie cada 24 meses	Y1: 50% Y2: 60% Y3: 80%	Ninguna	Sí	Y1: 30% Y2: 50% Y3: 70%	Ninguna	Sí
2	X-rays periapicales		Y1: 50% Y2: 60% Y3: 80%	Ninguna	Sí	Y1: 30% Y2: 50% Y3: 70%	Ninguna	Sí
2	Radiografía de toda la boca o panorámica	Uno cada 60 meses	Y1: 50% Y2: 60% Y3: 80%	Ninguna	Sí	Y1: 30% Y2: 50% Y3: 70%	Ninguna	Sí
2	Pines de retención de empastes	Múltiples pines en el mismo diente se consideran como un solo pin	Y1: 50% Y2: 60% Y3: 80%	Ninguna	Sí	Y1: 30% Y2: 50% Y3: 70%	Ninguna	Sí
2	Inyecciones de antibióticos administradas por un dentista		Y1: 50% Y2: 60% Y3: 80%	Ninguna	Sí	Y1: 30% Y2: 50% Y3: 70%	Ninguna	Sí

Clase de servicio	Descripción del servicio	Limitación del servicio	Dentro de la red			Fuera de la red		
			El plan paga	Período de espera (meses)	¿Se aplica un deducible?	El plan paga	Período de espera (Meses)	¿Se aplica un deducible?
3	Cirugía bucal, incluye atención después de la operación para: extracción de dientes, incluye dientes impactados; extracción de raíz dental; alveolectomía, alveoloplastia y frenectomía; escisión de encía pericoronal, exostosis o tejido hiperplásico y escisión de tejido bucal para biopsia; reimplante o estabilización dental; trasplante dental; escisión de tumor o quiste e incisión y drenaje de absceso o quiste; marsupialización de quiste odontogénico		Y1: 15% Y2: 25% Y3: 50%	Ninguna	Sí	Y1: 10% Y2: 20% Y3: 40%	Ninguna	Sí
3	Cirugía bucal, incluyendo la atención después de la operación para: coronectomía, extracción parcial intencional de dientes, solo dientes impactados	Uno por diente, de por vida	Y1: 15% Y2: 25% Y3: 50%	Ninguna	Sí	Y1: 10% Y2: 20% Y3: 40%	Ninguna	Sí
3	Tratamiento endodóntico de la enfermedad del diente, la pulpa, la raíz y el tejido relacionado, limitado a: terapia con tratamiento de canal	No está cubierto si la cámara pulpar se abrió antes de la fecha de inicio de la cobertura	Y1: 15% Y2: 25% Y3: 50%	Ninguna	Sí	Y1: 10% Y2: 20% Y3: 40%	Ninguna	Sí
3	Tratamiento endodóntico de la enfermedad del diente, la pulpa, la raíz y el tejido relacionado, limitado a: pulpotomía, apicectomía		Y1: 15% Y2: 25% Y3: 50%	Ninguna	Sí	Y1: 10% Y2: 20% Y3: 40%	Ninguna	Sí
3	Tratamiento endodóntico de la enfermedad del diente, la pulpa, la raíz y el tejido relacionado, limitado a: empastes retrógrados	Uno por raíz, de por vida	Y1: 15% Y2: 25% Y3: 50%	Ninguna	Sí	Y1: 10% Y2: 20% Y3: 40%	Ninguna	Sí
3	Servicios de periodoncia, limitados a: mantenimiento periodontal	Dos por año calendario después de la operación	Y1: 15% Y2: 25% Y3: 50%	Ninguna	Sí	Y1: 10% Y2: 20% Y3: 40%	Ninguna	Sí
3	Servicios de periodoncia, limitados a: raspado y alisado radicular	Uno por cuadrante cada 24 meses a partir de los 21 años	Y1: 15% Y2: 25% Y3: 50%	Ninguna	Sí	Y1: 10% Y2: 20% Y3: 40%	Ninguna	Sí
3	Servicios de periodoncia, limitados a: ajuste oclusal hecho con operación cubierta		Y1: 15% Y2: 25% Y3: 50%	Ninguna	Sí	Y1: 10% Y2: 20% Y3: 40%	Ninguna	Sí
3	Servicios de periodoncia, limitados a: gingivectomía; operación ósea incluyendo entrada y cierre del colgajo		Y1: 15% Y2: 25% Y3: 50%	Ninguna	Sí	Y1: 10% Y2: 20% Y3: 40%	Ninguna	Sí
3	Servicios de periodoncia, limitados a: pedículo o injerto de tejido blando libre	Uno por lugar, de por vida	Y1: 15% Y2: 25% Y3: 50%	Ninguna	Sí	Y1: 10% Y2: 20% Y3: 40%	Ninguna	Sí
3	Servicios de periodoncia, limitados a: guarda oclusal (guardas nocturnos)	Uno cada 5 años en los 6 meses posteriores a la operación ósea	Y1: 15% Y2: 25% Y3: 50%	Ninguna	Sí	Y1: 10% Y2: 20% Y3: 40%	Ninguna	Sí

Clase de servicio	Descripción del servicio	Limitación del servicio	Dentro de la red			Fuera de la red		
			El plan paga	Período de espera (meses)	¿Se aplica un deducible?	El plan paga	Período de espera (Meses)	¿Se aplica un deducible?
3	Servicios de periodoncia, limitados a: Desbridamiento de toda la boca para permitir una evaluación periodontal integral y diagnóstico en visita posterior	Uno de por vida	Y1: 15% Y2: 25% Y3: 50%	Ninguna	Sí	Y1: 10% Y2: 20% Y3: 40%	Ninguna	Sí
3	Servicios de periodoncia, limitados a: raspado en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave	Toda la boca, después de la evaluación oral y en lugar de un D1120/D1110 cubierto, limitado a uno cada dos años	Y1: 15% Y2: 25% Y3: 50%	Ninguna	Sí	Y1: 10% Y2: 20% Y3: 40%	Ninguna	Sí
3	Modelo de estudio	Uno cada 36 meses	Y1: 15% Y2: 25% Y3: 50%	Ninguna	Sí	Y1: 10% Y2: 20% Y3: 40%	Ninguna	Sí
3	Núcleo de refuerzo para dientes no vitales		Y1: 15% Y2: 25% Y3: 50%	Ninguna	Sí	Y1: 10% Y2: 20% Y3: 40%	Ninguna	Sí
3	Recementado de puentes, incrustaciones, onlays y coronas	Después de 12 meses de la inserción y cada 12 meses por diente en adelante	Y1: 15% Y2: 25% Y3: 50%	Ninguna	Sí	Y1: 10% Y2: 20% Y3: 40%	Ninguna	Sí
3	Reparación de dentaduras postizas o puentes fijos	Uno cada 24 meses	Y1: 15% Y2: 25% Y3: 50%	Ninguna	Sí	Y1: 10% Y2: 20% Y3: 40%	Ninguna	Sí
3	Anestesia general y analgesia, incluyendo la sedación intravenosa	Cubierto junto con cirugía bucal cubierta o una operación periodontal	Y1: 15% Y2: 25% Y3: 50%	Ninguna	Sí	Y1: 10% Y2: 20% Y3: 40%	Ninguna	Sí
3	Infiltración de medicamento terapéutico de liberación prolongada, por cuadrante		Y1: 15% Y2: 25% Y3: 50%	Ninguna	Sí	Y1: 10% Y2: 20% Y3: 40%	Ninguna	Sí
3	Servicios de restauración, limitados a: incrustación, onlay y corona de metal colado, de resina compuesta, de oro o de porcelana/cerámica	Limitado a un diente con caries extensa o fractura que no se puede restaurar con un empaste de amalgama o resina compuesta	Y1: 15% Y2: 25% Y3: 50%	Ninguna	Sí	Y1: 10% Y2: 20% Y3: 40%	Ninguna	Sí
3	Servicios de restauración, limitados a: reemplazo de incrustaciones, onlay o coronas existentes	Después de 7 años de que se puso inicialmente la restauración o se reemplazó por última vez	Y1: 15% Y2: 25% Y3: 50%	Ninguna	Sí	Y1: 10% Y2: 20% Y3: 40%	Ninguna	Sí
3	Servicios de restauración, limitados a: perno y muñón	Cubierto además de una corona cuando se separa de la corona para dientes tratados endodónticamente, con un buen pronóstico endodóntico y periodontal	Y1: 15% Y2: 25% Y3: 50%	Ninguna	Sí	Y1: 10% Y2: 20% Y3: 40%	Ninguna	Sí
3	Raspado y desbridamiento de un implante único en presencia de mucositis, incluyendo inflamación, sangrado al sondaje, y aumento de la profundidad de bolsas; incluye limpieza de las superficies del implante, sin apertura ni cierre de colgajo	Uno cada dos años	Y1: 15% Y2: 25% Y3: 50%	Ninguna	Sí	Y1: 10% Y2: 20% Y3: 40%	Ninguna	Sí

Clase de servicio	Descripción del servicio	Limitación del servicio	Dentro de la red			Fuera de la red		
			El plan paga	Período de espera (meses)	¿Se aplica un deducible?	El plan paga	Período de espera (Meses)	¿Se aplica un deducible?
3	Servicios protésicos, limitados a: colocación inicial de dentaduras postizas removibles o puentes fijos		Y1: 15% Y2: 25% Y3: 50%	Ninguna	Sí	Y1: 10% Y2: 20% Y3: 40%	Ninguna	Sí
3	Servicios protésicos, limitados a: reemplazo de dentaduras postizas removibles o puentes fijos	Que no se pueden reparar después de 7 años desde la fecha de la última colocación	Y1: 15% Y2: 25% Y3: 50%	Ninguna	Sí	Y1: 10% Y2: 20% Y3: 40%	Ninguna	Sí
3	Servicios protésicos, limitados a: adición de dientes a la dentadura postiza parcial existente	Por diente	Y1: 15% Y2: 25% Y3: 50%	Ninguna	Sí	Y1: 10% Y2: 20% Y3: 40%	Ninguna	Sí
3	Servicios protésicos, limitados a: rebasado o reajuste de dentaduras postizas removibles existentes	Uno cada 24 meses (solo después de 24 meses a partir de la fecha de la última colocación)	Y1: 15% Y2: 25% Y3: 50%	Ninguna	Sí	Y1: 10% Y2: 20% Y3: 40%	Ninguna	Sí
4	Servicios de ortodoncia No están cubiertos	Servicios de diagnóstico, tratamiento activo y de retención, incluyendo terapia con aparatos removibles y fijos, y terapia limitada e integral	0%	N/A	N/A	0%	N/A	N/A

Exclusiones del plan

Consulte la sección de su póliza dental individual titulada “Exclusiones o excepciones específicas del estado” para conocer otras exclusiones adicionales o excepciones a las siguientes exclusiones, si corresponde

1. Servicios que están cubiertos por las leyes de compensación de los trabajadores o de responsabilidad del empleador.
2. Servicios que no son médicamente necesarios para la salud dental del paciente.
3. Odontología reconstructiva, plástica, cosmética, electiva o estética.
4. Operación oral que requiere la configuración de fracturas y dislocaciones.
5. Servicios con respecto a malignidades, quistes o neoplasias, hereditarios, congénitos, prognatismo mandibular o malformaciones del desarrollo donde dichos servicios no deben hacerse en un consultorio dental.
6. Dispensación de medicamentos.
7. Hospitalización para cualquier procedimiento dental.
8. Tratamiento necesario para las condiciones resultantes mientras está en servicio activo como miembro de las fuerzas armadas de cualquier nación o de la guerra o actos de guerra, declarados o no declarados.
9. Extracción de implantes o reemplazo de dentaduras postizas, puentes, incrustaciones inlay, restauraciones onlay o coronas que pueden repararse o restaurarse a su función normal.
10. Diagnóstico o tratamiento de los síndromes de trastorno temporomandibular (TMD), problemas o falta de armonía oclusal.
11. Operación electiva incluyendo, entre otros, la extracción de dientes impactados asintomáticos y no patológicos, incluyendo los terceros molares.
12. Servicios no listados como cubiertos.
13. Implantes y servicios relacionados; reemplazo de prótesis o aparatos de ortodoncia perdidos, robados o dañados; protectores bucales deportivos; accesorios de precisión o semiprecisión; duplicación de dentaduras postizas; sellantes; férula periodontal de los dientes.
14. Servicios para aumentar la dimensión vertical, reemplazar la estructura dental perdida por desgaste y corregir malformaciones del desarrollo o condiciones congénitas.
15. Procedimientos que son de naturaleza experimental o de investigación porque no cumplen los estándares reconocidos profesionalmente de la práctica dental o no han mostrado ser coherentemente efectivos para el diagnóstico o tratamiento de la condición del Miembro.
16. Tratamiento del paladar hendido, malignidades o neoplasias.
17. Cualquier servicio o suministro prestado para reemplazar un diente perdido antes de la fecha de inicio de la cobertura. Esta exclusión vence después de 12 meses de la cobertura continua del miembro bajo el plan.

El plan dental está suscrito por Dominion Dental Services, Inc. (en adelante, "Dominion").

DOMINION® NATIONAL DENTAL

Elite PPO Básico *Niños* (PA)
Programa de cobertura, limitaciones y exclusiones para servicios pediátricos

- La cobertura continúa hasta el final del año en que el Miembro cumple 19 años -

Clase de servicio	Descripción del servicio	Dentro de la red		Fuera de la red	
		El plan paga	Período de espera	El plan paga[1]	Período de espera
1	Servicios de diagnóstico y preventivos	100 %	Ninguna	80 %	Ninguna
2	Servicios básicos	35 %	Ninguna	20 %	Ninguna
3	Servicios principales	25 %	Ninguna	10%	Ninguna
4	Servicios de ortodoncia	50 %	Ninguna	0 %	Ninguna

Deducible anual	Dentro de la red	Fuera de la red
Niño individual	$100	$100
Dos o más niños	$200	$200
Se aplica a	Clase 2 y clase 3	Clase 2 y clase 3

- Cada miembro debe pagar la cantidad deducible por los servicios dentales antes de que el plan comience a cubrir los procedimientos dentales del miembro. El deducible se combina para todos los servicios aplicables para cada año calendario por miembro pediátrico - máximo de $200 para miembros pediátricos.

Máximos de gastos de bolsillo	Dentro de la red	Fuera de la red
Niño individual	$450	N/A
Dos o más niños	$900	N/A

- El máximo anual de gastos de bolsillo se aplica a todos los servicios cubiertos para el tratamiento médicamente necesario.

Asignación fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
	N/A	MAC

1. A diferencia de los proveedores dentro de la red (INN) que han acordado cargos negociados para los servicios, los proveedores fuera de la red (OON) no tienen contrato con Dominion o las redes dentales que Dominion arrienda. Como tal, los proveedores OON establecen sus propios cargos y Dominion solo reembolsa al miembro basándose en la lista de tarifas INN establecido, que se determina por el área geográfica donde se ocurren los gastos. Esto significa que si el cargo del proveedor OON es más alto que la lista de tarifas INN de Dominion, se le facturará al miembro el saldo restante para cubrir el cargo del proveedor.

- Si el curso del tratamiento va a exceder los $300, es necesaria una autorización previa.

El plan pagará el cargo negociado del dentista participante o el cargo máximo permitido (sujeto al porcentaje de cobertura de beneficios) por procedimientos y servicios dentales como se muestra abajo, después de cualquier deducible anual obligatorio.

Clase de servicio	Descripción del servicio	Limitación del servicio	Dentro de la red			Fuera de la red		
			El plan paga	Período de espera (meses)	¿Se aplica un deducible?	El plan paga	Período de espera (Meses)	¿Se aplica un deducible?
1	Evaluaciones	Una (1) evaluación (D0120, D0140, D0150 o D0180) por seis (6) meses, por paciente; D0160 está cubierto	100 %	Ninguna	No	80 %	Ninguna	No
1	Profilaxis (D1110 o D1120)	Uno (1) cada seis (6) meses, por paciente	100 %	Ninguna	No	80 %	Ninguna	No
1	Recompensas por prevención	El suscriptor principal recibirá un pago de $20 de Dominion por cada familiar que reciba dos limpiezas durante el año calendario de un dentista que participe en la red de Elite PPO	100 %	Ninguna	No	80 %	Ninguna	No
1	Tratamiento con flúor	Uno (1) cada seis (6) meses, por paciente	100 %	Ninguna	No	80 %	Ninguna	No
1	Radiografías de mordida	Un (1) juego cada seis (6) meses	100 %	Ninguna	No	80 %	Ninguna	No
1	X-rays periapicales	No en la misma fecha de servicio que una radiografía panorámica	100 %	Ninguna	No	80 %	Ninguna	No
1	Radiografía de toda la boca o película panorámica	Uno (1) cada 60 meses; máximo de un (1) juego de radiografías por visita en el consultorio	100 %	Ninguna	No	80 %	Ninguna	No
1	Aplicación de medicamentos anticaries	Una aplicación por diente primario está cubierta de por vida	100 %	Ninguna	No	80 %	Ninguna	No
1	Mantenedor de espacio (D1516, D1517, D1526 o D1527)	Para preservar el espacio entre los dientes para la pérdida prematura de un diente primario (no incluye el uso para el tratamiento de ortodoncia); D1572 limitado a uno (1) cada 24 meses	100 %	Ninguna	No	80 %	Ninguna	No
1	Sellantes	Uno (1) por diente cada 36 meses (limitado a las superficies oclusales de los dientes permanentes posteriores sin restauraciones ni caries)	100 %	Ninguna	No	80 %	Ninguna	No
1	Teleodontología, síncrona (D9995) o asíncrona (D9996)	Debe ir acompañada de un procedimiento cubierto	100 %	Ninguna	No	80 %	Ninguna	No
2	Empastes de amalgama y compuestos	Las restauraciones de superficies mesiolinguales, distolinguales, mesiovestibulares y distovestibulares se consideran restauraciones de una sola superficie	35 %	Ninguna	Sí	20 %	Ninguna	Sí
2	Pines de retención de empastes	Múltiples pines en el mismo diente se consideran como un (1) solo pin	35 %	Ninguna	Sí	20 %	Ninguna	Sí
2	Tratamiento paliativo del dolor dental – por visita	Solo si no se hicieron otros servicios que no sean examen y radiografías en la misma fecha del servicio	35 %	Ninguna	Sí	20 %	Ninguna	Sí

Clase de servicio	Descripción del servicio	Limitación del servicio	Dentro de la red			Fuera de la red		
			El plan paga	Período de espera (meses)	¿Se aplica un deducible?	El plan paga	Período de espera (Meses)	¿Se aplica un deducible?
2	Anestesia general y analgesia	Solo cuando se proporciona en conexión con procedimientos cubiertos y se determina que es médicamente o dentalmente necesaria para pacientes con discapacidades documentadas, pacientes incontrolables o condiciones médicas o dentales justificables, incluyendo sedación intravenosa y no intravenosa con un máximo de 60 minutos de servicio permitido (la anestesia general no está cubierta con los códigos de procedimiento D9230, D9239 o D9243; la sedación consciente intravenosa no está cubierta con los códigos de procedimiento D9222, D9223 o D9230; la sedación consciente no intravenosa no está cubierta con los códigos de procedimiento D9222, D9223, D9239 o D9243); se necesita que se mantenga en los registros del paciente una narrativa que justifique la necesidad médica	35 %	Ninguna	Sí	20 %	Ninguna	Sí
2	Guarda oclusal	Análisis y ajuste limitado/ completo, uno (1) en 12 meses para pacientes mayores de 13 años, por informe	35 %	Ninguna	Sí	20 %	Ninguna	Sí
2	Corona prefabricada de acero inoxidable o porcelana	Una (1) cada 60 meses desde la fecha original de colocación, por diente permanente, por paciente para dientes con caries extensas o fractura que no pueden restaurarse con un empaste de amalgama o resina compuesta	35 %	Ninguna	Sí	20 %	Ninguna	Sí
2	Adición de dientes a la dentadura postiza parcial existente		35 %	Ninguna	Sí	20 %	Ninguna	Sí
2	Rebasado o reajuste de dentaduras postizas removibles existentes	Uno (1) cada 36 meses; solo después de seis (6) meses a partir de la fecha de la última colocación, a menos que una prótesis inmediata reemplace al menos tres (3) dientes	35 %	Ninguna	Sí	20 %	Ninguna	Sí
2	Reparación de coronas, dentaduras postizas y puentes		35 %	Ninguna	Sí	20 %	Ninguna	Sí
3	Operación oral, incluyendo la atención postoperatoria para:	Extracción de dientes, incluyendo los dientes impactados	25 %	Ninguna	Sí	10%	Ninguna	Sí
3	Operación oral, incluyendo la atención postoperatoria para:	Extracción de la raíz del diente	25 %	Ninguna	Sí	10%	Ninguna	Sí

Clase de servicio	Descripción del servicio	Limitación del servicio	Dentro de la red			Fuera de la red		
			El plan paga	Período de espera (meses)	¿Se aplica un deducible?	El plan paga	Período de espera (Meses)	¿Se aplica un deducible?
3	Cirugía bucal, incluyendo la atención postoperatoria para:	Coronectomía, extracción parcial intencional de dientes, solo dientes impactados, uno de por vida	25 %	Ninguna	Sí	10%	Ninguna	Sí
3	Operación oral, incluyendo la atención postoperatoria para:	Alveolectomía, alveoplastia y frenectomía	25 %	Ninguna	Sí	10%	Ninguna	Sí
3	Cirugía bucal, incluyendo la atención postoperatoria para:	Escisión de encía periocoronal, exostosis o tejido hiperplásico, y escisión de tejido oral para biopsia	25 %	Ninguna	Sí	10%	Ninguna	Sí
3	Cirugía bucal, incluyendo la atención postoperatoria para:	Reimplante o estabilización dental; trasplante dental	25 %	Ninguna	Sí	10%	Ninguna	Sí
3	Cirugía bucal, incluyendo la atención postoperatoria para:	Escisión de un tumor o quiste e incisión y drenaje de un absceso o quiste, marsupialización de un quiste odontogénico	25 %	Ninguna	Sí	10%	Ninguna	Sí
3	Tratamiento endodóntico de la enfermedad del diente, la pulpa, la raíz y el tejido relacionado, limitado a:	Terapia de tratamiento de canal; retratamiento de terapia de tratamiento de canal previa	25 %	Ninguna	Sí	10%	Ninguna	Sí
3	Tratamiento endodóntico de la enfermedad del diente, la pulpa, la raíz y el tejido relacionado, limitado a:	Pulpotomía; apicectomía	25 %	Ninguna	Sí	10%	Ninguna	Sí
3	Tratamiento endodóntico de la enfermedad del diente, la pulpa, la raíz y el tejido relacionado, limitado a:	Empastes retrógrados, uno (1) por raíz de por vida	25 %	Ninguna	Sí	10%	Ninguna	Sí
3	Servicios de periodoncia, limitados a:	Dos (2) limpiezas periodontales, además de la profilaxis para adultos, por año calendario, en el plazo de 24 meses después de la terapia periodontal definitiva	25 %	Ninguna	Sí	10%	Ninguna	Sí
3	Servicios de periodoncia, limitados a:	Raspado y alisado radicular, uno (1) cada 24 meses, por cuadrante, por paciente	25 %	Ninguna	Sí	10%	Ninguna	Sí
3	Servicios de periodoncia, limitados a:	Raspado en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave - toda la boca, después de evaluación oral y en lugar de un D1110/D1120 cubierto, limitado a una (1) vez cada dos años	25 %	Ninguna	Sí	10%	Ninguna	Sí
3	Servicios de periodoncia, limitados a:	Gingivectomía, una (1) cada 36 meses por paciente, por cuadrante; irrigación gingival con un agente medicinal, por cuadrante	25 %	Ninguna	Sí	10%	Ninguna	Sí

Clase de servicio	Descripción del servicio	Limitación del servicio	Dentro de la red			Fuera de la red		
			El plan paga	Período de espera (meses)	¿Se aplica un deducible?	El plan paga	Período de espera (Meses)	¿Se aplica un deducible?
3	Servicios de periodoncia, limitados a:	Operación ósea incluyendo entrada y cierre del colgajo, una (1) cada 36 meses, por paciente, por cuadrante	25 %	Ninguna	Sí	10%	Ninguna	Sí
3	Servicios de periodoncia, limitados a:	Injerto de tejido blando pediculado o libre	25 %	Ninguna	Sí	10%	Ninguna	Sí
3	Servicios de periodoncia, limitados a:	Desbridamiento de toda la boca para permitir una evaluación periodontal integral y diagnóstico en visita posterior, uno (1) de por vida	25 %	Ninguna	Sí	10%	Ninguna	Sí
3	Modelo de estudio	Uno (1) cada 36 meses	25 %	Ninguna	Sí	10%	Ninguna	Sí
3	Servicios de restauración, limitados a:	Onlay o corona de metal colado, de acero inoxidable, de porcelana/cerámica, totalmente cerámica y de resina compuesta para dientes con caries extensas o fractura que no pueden restaurarse con un empaste de amalgama o resina compuesta; una (1) cada 60 meses desde la fecha original de colocación, por diente permanente, por paciente	25 %	Ninguna	Sí	10%	Ninguna	Sí
3	Servicios de restauración, limitados a:	Perno y muñón además de corona cuando esté separado de la corona para dientes tratados endodónticamente, con buen pronóstico endodóntico y periodontal; colocación de restauración directa provisional; remoción de perno; reconstrucción de muñón para dientes no vitales	25 %	Ninguna	Sí	10%	Ninguna	Sí
3	Servicios protésicos, limitados a:	Colocación inicial de dentaduras postizas	25 %	Ninguna	Sí	10%	Ninguna	Sí
3	Servicios protésicos, limitados a:	Reemplazo de dentaduras postizas que no se pueden reparar después de cinco (5) años a partir de la fecha de la última colocación	25 %	Ninguna	Sí	10%	Ninguna	Sí
3	Servicios protésicos, limitados a:	Construcción de puentes, reemplazo limitado a uno (1) cada 60 meses	25 %	Ninguna	Sí	10%	Ninguna	Sí
3	Implantes y servicios relacionados	Reemplazo de coronas de implantes limitado a una (1) en 60 meses	25 %	Ninguna	Sí	10%	Ninguna	Sí

Clase de servicio	Descripción del servicio	Limitación del servicio	Dentro de la red			Fuera de la red		
			El plan paga	Período de espera (meses)	¿Se aplica un deducible?	El plan paga	Período de espera (Meses)	¿Se aplica un deducible?
3	Implantes y servicios relacionados	Raspado y desbridamiento de un implante único en presencia de mucositis, incluyendo inflamación, sangrado al sondaje, y aumento de la profundidad de bolsas; incluye limpieza de las superficies del implante, sin apertura ni cierre de colgajo	25 %	Ninguna	Sí	10%	Ninguna	Sí
3	Infiltración de medicamento terapéutico de liberación prolongada, por cuadrante		25 %	Ninguna	Sí	10%	Ninguna	Sí
4	*MÉDICAMENTE NECESARIO* Servicios de ortodoncia:	Tratamiento de diagnóstico, activo y retención incluyendo terapia con aparatos fijos removibles y terapia integral; Los servicios de ortodoncia solo se dan para maloclusión grave, disfuncional y discapacitante	50 %	Ninguna	No	0 %	N/A	N/A

Exclusiones del plan

Consulte la sección en su Certificado de cobertura titulada “Exclusiones específicas del estado” para conocer otras exclusiones, si aplica.

1. Servicios que están cubiertos por las leyes de compensación de los trabajadores o de responsabilidad del empleador.
2. Servicios que no son necesarios para la salud dental del paciente.
3. Odontología cosmética, electiva o estética, excepto cuando sea necesario debido a lesiones corporales accidentales en dientes naturales sanos.
4. Operación oral que requiere la configuración de fracturas o dislocaciones.
5. Servicios con respecto a malignidades, quistes o neoplasias, hereditarios, congénitos, prognatismo mandibular o malformaciones del desarrollo donde dichos servicios no deben hacerse en un consultorio dental.
6. Dispensación de medicamentos.
7. Hospitalización para cualquier procedimiento dental.
8. Tratamiento necesario para condiciones resultantes de un desastre mayor, epidemia, guerra, actos de guerra, declarados o no declarados, o mientras esté en servicio activo como miembro de las fuerzas armadas de cualquier nación.
9. Reemplazo por pérdida o robo del aparato protésico.
10. Servicios relacionados con el tratamiento del TTM (Trastorno Temporomandibular).
11. Operación electiva incluyendo, entre otros, la extracción de dientes impactados asintomáticos y no patológicos, incluyendo los terceros molares. La extracción profiláctica de estos dientes para servicios de ortodoncia médicamente necesarios puede estar cubierta sujeta a revisión.
12. Servicios no listados como cubiertos.
13. Reemplazo de dentaduras postizas, incrustaciones inlay, restauraciones onlay o coronas que pueden repararse para que funcionen normalmente.
14. Servicios para aumentar la dimensión vertical, reemplazar la estructura dental perdida por desgaste y corregir malformaciones del desarrollo o condiciones congénitas, excepto cuando la malformación del desarrollo o las condiciones congénitas provoquen una maloclusión grave y disfuncional que necesite servicios de ortodoncia médicamente necesarios.
15. Procedimientos que, en opinión del Plan, son de naturaleza experimental o de investigación porque no cumplen los estándares reconocidos profesionalmente de la práctica dental o no han mostrado ser coherentemente efectivos para el diagnóstico o tratamiento de la condición del Miembro.
16. Tratamiento de paladar hendido (si no se puede tratar mediante ortodoncia), malignidades o neoplasias.
17. La ortodoncia solo está cubierta si es médicamente necesaria según lo determine el Plan. El sistema Invisalign y aparatos ortopédicos especializados similares no son un beneficio cubierto. El coinsurance del paciente se aplicará solo a la parte de los servicios de aparatos de ortodoncia de rutina. Los demás costos generados pasarán a ser responsabilidad del paciente.