

Beneficios especializados de Humana

Guía de información regulatoria y técnica

HUMANA[®]
Specialty Benefits

Índice

Guías de información regulatoria y técnica de planes dentales

Guía de información regulatoria y técnica del plan dental prepagado	3
Guía de información regulatoria y técnica del plan EPO	5
(Organización de Proveedores Exclusivos, por sus siglas en inglés).....	5
Guía de información regulatoria y técnica del plan dental MTV Preventive Plus	15
Guía de información regulatoria y técnica del plan dental MTV Standard Dental.....	41
Guía de información regulatoria y técnica del plan EyeMed Vision Care	73
Guía de información regulatoria y técnica del plan Vision Care Plan (VCP)	83
Guía de información regulatoria y técnica del beneficio por muerte accidental o desmembramiento	84
Guía de información regulatoria y técnica - seguro de vida a término voluntario.....	86

Guía de información regulatoria y técnica del plan dental prepagado

Preguntas

Para preguntas generales sobre el plan llame al departamento de Atención al cliente, al 1-800-342-5209, o visite nuestro sitio Web en www.compbenefits.com

Limitaciones y exclusiones

1. La compañía no cubrirá servicio alguno de ningún dentista que no sea un dentista general participante o un especialista participante, excepto la atención de emergencia fuera de área según se dispone en la Sección VIII, párrafo C del Acuerdo y Certificado de beneficios.
2. Siempre que algún aporte o copago esté en mora, el afiliado no tendrá derecho a recibir beneficios, cambiarse de oficinas dentales ni disfrutar de ninguno de los otros privilegios de un afiliado cuyos pagos estén al día.

La compañía no proporciona cobertura para los servicios siguientes:

1. Hospitalización, productos farmacéuticos, medicamentos y drogas.
2. Servicios que, en opinión del dentista general participante o del especialista participante, no constituyan un tratamiento necesario para establecer o mantener la salud oral del afiliado.
3. Cualquier servicio fuera de los servicios normales o usuales proporcionados por el dentista general participante o el especialista participante o que, en opinión del dentista general participante o del especialista participante, pudiera poner en peligro la salud del afiliado.
4. Cualquier servicio o procedimiento que no puedan realizar el dentista general participante o el especialista participante debido a la condición de salud general o limitaciones físicas del afiliado.
5. Cualquier tratamiento dental comenzado antes de la fecha a partir de la cual el afiliado tiene derecho a recibir beneficios.
6. Servicios por lesiones y afecciones cubiertas bajo las leyes de compensación laboral o de responsabilidad del empleador.
7. Tratamiento para quistes, neoplasmas y tumores cancerosos.
8. Anestesia general.

Limitaciones y exclusiones específicas por estado

Florida

1. La compañía no cubrirá servicio alguno de ningún dentista que no sea un dentista general participante o un especialista participante, excepto la atención de emergencia fuera de área según se dispone en la Sección VIII, párrafo C del Acuerdo y Certificado de beneficios.
2. Siempre que algún aporte o copago esté en mora, el afiliado no tendrá derecho a recibir beneficios, cambiarse de oficinas dentales ni disfrutar de ninguno de los otros privilegios de un afiliado cuyos pagos estén al día.

La compañía no proporciona cobertura para los servicios siguientes:

1. Hospitalización, productos farmacéuticos, medicamentos y drogas.
2. Servicios que, en opinión del dentista general participante o del especialista participante, no constituyan un tratamiento necesario para establecer o mantener la salud oral del afiliado.
3. Cualquier servicio fuera de los servicios normales o usuales proporcionados por el dentista general participante o el especialista participante o que, en opinión del dentista general participante o del especialista participante, pudiera poner en peligro la salud del afiliado.
4. Cualquier servicio o procedimiento que no puedan realizar el dentista general participante o el especialista participante debido a la condición de salud general o limitaciones físicas del afiliado.
5. Cualquier tratamiento dental comenzado antes de la fecha a partir de la cual el afiliado tiene derecho a recibir beneficios.
6. Servicio por lesiones y afecciones cubiertas bajo las leyes de compensación laboral o de responsabilidad del empleador.
7. Tratamiento para quistes, neoplasmas y tumores cancerosos.
8. Anestesia general.

Kansas

1. La compañía no cubrirá servicio alguno de ningún dentista que no sea un dentista general participante o un especialista participante, excepto la atención de emergencia fuera de área según se dispone en la Sección VIII, párrafo C del Acuerdo y Certificado de beneficios.
2. Siempre que algún aporte o copago esté en mora, el afiliado no tendrá derecho a recibir beneficios, cambiarse de oficinas dentales ni

disfrutar de ninguno de los otros privilegios de un afiliado cuyos pagos estén al día.

La compañía no proporciona cobertura para los servicios siguientes:

1. Hospitalización, productos farmacéuticos, medicamentos y drogas.
2. Servicios que, en opinión del dentista general participante o del especialista participante, no constituyan un tratamiento necesario para establecer o mantener la salud oral del afiliado.
3. Cualquier servicio fuera de los servicios normales o usuales proporcionados por el dentista general participante o el especialista participante o que, en opinión del dentista general participante o del especialista participante, pudiera poner en peligro la salud del afiliado.
4. Cualquier servicio o procedimiento que no puedan realizar el dentista general participante o el especialista participante debido a la condición de salud general o limitaciones físicas del afiliado.
5. Cualquier tratamiento dental comenzado antes de la fecha a partir de la cual el afiliado es elegible para recibir beneficios.
6. Servicios por lesiones y afecciones cubiertas bajo las leyes de compensación laboral o de responsabilidad del empleador.
7. Tratamiento para quistes, neoplasmas y tumores cancerosos.
8. Anestesia general.

Louisiana

1. Los suscriptores pueden seleccionar al dentista de su preferencia, sujeto a la definición de Beneficios del certificado. Cualquier proveedor no participante que cumpla con los requisitos de elegibilidad de la Compañía y esté dispuesto a aceptar los mismos montos de compensación que un proveedor participante, puede brindarle servicios al afiliado.
2. Siempre que algún aporte o copago esté en mora, el afiliado no tendrá derecho a recibir beneficios, cambiarse de oficinas dentales ni disfrutar de ninguno de los otros privilegios de un afiliado cuyos pagos estén al día.

La compañía no proporciona cobertura para los servicios siguientes:

1. Hospitalización, productos farmacéuticos, medicamentos y drogas.
2. Servicios que, en opinión del dentista general participante o del especialista participante, no constituyan un tratamiento necesario para establecer o mantener la salud oral del afiliado.
3. Cualquier servicio fuera de los servicios normales o usuales proporcionados por el

dentista general participante o el especialista participante o que, en opinión del dentista general participante o del especialista participante, pudiera poner en peligro la salud del afiliado.

4. Cualquier servicio o procedimiento que no puedan realizar el dentista general participante o el especialista participante debido a la condición de salud general o limitaciones físicas del afiliado.
5. Cualquier tratamiento dental comenzado antes de la fecha a partir de la cual el afiliado tiene derecho a recibir beneficios.
6. Servicio por lesiones y afecciones cubiertas bajo las leyes de compensación laboral o de responsabilidad del empleador
7. Tratamiento para quistes, neoplasmas y tumores cancerosos.
8. Anestesia general.

Texas

1. El Plan no cubrirá ningún servicio de dentista alguno que no sea un dentista participante, excepto la atención de emergencia, según se dispone en este manual.
2. Siempre que algún aporte o copago esté en mora, el afiliado no tendrá derecho a recibir beneficios, cambiarse de oficinas dentales ni disfrutar de ninguno de los otros privilegios de un afiliado cuyos pagos estén al día.

El Plan no proporciona cobertura para los servicios siguientes:

1. Hospitalización, productos farmacéuticos, medicamentos y drogas.
2. Servicios que, en opinión del dentista participante, no constituyan un tratamiento necesario para establecer y mantener la salud dental y apariencia óptimas del afiliado.
3. Cualquier servicio fuera de los servicios normales o usuales proporcionados por el dentista general participante o que, en opinión del dentista general participante, pudiera poner en peligro la salud del afiliado.
4. Cualquier servicio o procedimiento que no pueda realizar el dentista general participante debido a la condición de salud general o limitaciones físicas del afiliado.
5. Cualquier procedimiento dental comenzado antes de la fecha a partir de la cual el afiliado tiene derecho a recibir beneficios.
6. Servicios por lesiones y afecciones cubiertas bajo las leyes de compensación laboral o de responsabilidad del empleador
7. Tratamiento para quistes, neoplasmas y tumores cancerosos.
8. Anestesia general.

El Plan dental prepago tiene suscripción de riesgos de las siguientes compañías de Humana: CompBenefits of Alabama, Inc., American Dental Providers of Arkansas, Inc., CompBenefits Company, a Prepaid Limited Health Service Organization con licencia al amparo del Capítulo 636 de los Estatutos de Florida, CompBenefits of Georgia, Inc., CompBenefits Dental, Inc., CompBenefits Insurance Company, American Dental Plan of North Carolina, Inc. y DentiCare, Inc. (nombre comercial CompBenefits).

Guía de información regulatoria y técnica del plan EPO

(Organización de Proveedores Exclusivos, por sus siglas en inglés)

Preguntas

Para preguntas generales sobre el plan llame al departamento de Atención al cliente, al 1-800-342-5209, o visite nuestro sitio Web en www.compbenefits.com

Limitaciones y exclusiones

1. Los servicios de restauración mayores estarán sujetos a lo siguiente:
 - a. Las dentaduras postizas, dentaduras parciales removibles o dentaduras parciales fijas deben reemplazar un diente natural extraído mientras se tiene cobertura bajo este Certificado; sin embargo, esta disposición no aplicará si el contrato reemplaza una póliza dental de grupo con la que usted tenía cobertura y usted está cubierto por este certificado en la fecha de entrada en vigor del contrato, sin que haya habido interrupción de cobertura, y siempre y cuando: a) la prótesis reemplace dientes que se extrajeron mientras estaba asegurado bajo la póliza anterior; y b) el trabajo de prótesis se complete en un lapso de 12 meses a partir de la extracción;
 - b. El reemplazo de una dentadura parcial, dentadura completa, o la adición de dientes a una dentadura parcial si:
 - c. El reemplazo ocurre al menos cinco años después de la fecha inicial de inserción de la dentadura completa o parcial, o del puente adherido con resina;
 - d. El reemplazo ocurre al menos cinco años después de la fecha inicial de inserción de un implante existente o de un puente fijo;
 - e. la prótesis de reemplazo o la adición de un diente a una dentadura parcial se requiere porque se necesitó extraer un diente natural en funcionamiento estando usted cubierto por este Certificado; o
 - f. El reemplazo se hace necesario debido a una lesión dental cubierta sufrida por una dentadura postiza, parcial o total, o una dentadura postiza parcial fija (incluso un puente adherido con resina) siempre que el reemplazo esté finalizado antes de los 12 meses de haber ocurrido la lesión;
 - g. El reemplazo de coronas, incrustaciones coladas, incrustaciones tipo inlay, incrustaciones tipo onlay, dentaduras parciales fijas y otras restauraciones elaboradas en laboratorio, solo si:
 - h. El reemplazo ocurre al menos ocho años después de la fecha inicial de inserción; y
 - i. No es duradero y no se puede restaurar para que funcione.
 - j. El reemplazo de una dentadura parcial existente por una prótesis fija, solo si la mejora a un puente fijo es esencial para corregir la condición dental de la persona.
 - k. El reemplazo de dientes hasta el complemento normal de 32; y
 - l. El ajuste de dentaduras postizas está limitado a uno cada doce (12) meses, contando a partir de los doce meses después de su colocación.
2. La compañía no cubrirá servicio alguno de ningún dentista que no sea un dentista general participante o un especialista participante, excepto la atención de emergencia fuera de área según se dispone en la Sección VIII, párrafo B del Certificado de Beneficios Dentales de Grupo.
3. Siempre que algún aporte o copago esté en mora, el afiliado no tendrá derecho a recibir beneficios ni disfrutar de ninguno de los otros privilegios de un afiliado cuyos pagos estén al día.
4. Tratamiento ortodóntico, si un servicio de atención dental cubierto, según aparece en la descripción de beneficios del afiliado, está limitado a un único tratamiento de veinticuatro (24) meses.
5. Los afiliados que son menores de edad pueden ser tratados por un dentista pediátrico por cualquier motivo hasta su séptimo (7^o) cumpleaños. Las remisiones a un dentista pediátrico después de la edad de siete años requieren documentación médica.
6. Solo se incluye una (1) radiografía periapical como beneficio permitido para el tratamiento de conducto.
7. El número total de sesiones de mantenimiento periodontal y todos los otros tratamientos profilácticos combinados están limitados a dos (2) por afiliado cada doce (12) meses.

La compañía no proporciona cobertura para los servicios siguientes:

1. Productos farmacéuticos, drogas y medicamentos.
2. Servicios que en opinión del dentista general participante, el especialista participante o la compañía son:
 - a. innecesarios;
 - b. inadecuados para la afección dada o no se usan habitualmente para la atención dental;
 - c. no cuentan con un respaldo profesional uniforme o no satisfacen los estándares fijados por la Asociación Dental Americana;
 - d. de carácter experimental o investigativo;
 - e. por los cuales el afiliado no tiene obligación legal de pagar; o
 - f. por los cuales se habría hecho un cargo en ausencia de seguro.
3. Cualquier servicio fuera de los servicios normales o usuales proporcionados por el dentista general participante o el especialista participante o que, en opinión del dentista general participante o del especialista participante, pudiera poner en peligro la salud del afiliado.
4. Cualquier servicio o procedimiento que no puedan realizar el dentista general participante o el especialista participante debido a la condición de salud general o limitaciones físicas del afiliado.
5. Cualquier tratamiento dental comenzado antes de la fecha a partir de la cual el afiliado tiene derecho a recibir beneficios.
6. Servicios por lesiones y afecciones cubiertas bajo las leyes de compensación laboral o de responsabilidad del empleador, o que surjan como consecuencia de un trabajo o empleo remunerado o con ganancias, o durante el transcurso del mismo.
7. Tratamiento para quistes, neoplasmas y tumores cancerosos.
8. Anestesia general, sedación intravenosa y óxido nitroso, a menos que esté indicado específicamente en la descripción de beneficios. Cuando se indican en la descripción de beneficios, la anestesia general y la sedación intravenosa están cubiertas solo cuando sean necesarias desde un punto de vista médico y se suministren conjuntamente con otros servicios dentales cubiertos y realizados por un cirujano oral, periodoncista o un dentista pediátrico. Los siguientes motivos no son elegibles para recibir beneficios:
 - a. control del dolor, a menos que exista una alergia a la anestesia local que esté documentada.
 - b. ansiedad;
 - c. miedo al dolor;
 - d. manejo del dolor; o
 - e. incapacidad emocional para someterse a una operación.
9. Cualquier procedimiento, servicio o suministro que no tenga una expectativa razonable de éxito para corregir la afección dental del paciente por un período de al menos tres años, según determine la compañía.
10. Coronas, incrustaciones tipo inlay, incrustaciones coladas u otras restauraciones preparadas en laboratorio para dientes que puedan ser restaurados con empastes de amalgama o de resina compuesta.
11. Aparatos de ortodoncia, incrustaciones tipo inlay, incrustaciones coladas u otras restauraciones preparadas en laboratorio utilizados fundamentalmente con el objeto de ferulizar.
12. Cualquier procedimiento, servicio, suministro o aparato, cuyo único o principal objetivo sea el cambio o mantenimiento de la dimensión vertical; la alteración o restauración de una oclusión —incluso ajustes oclusivos—, restauración de la mordida o análisis de la mordida.
13. Tratamientos con flúor para adultos, protectores bucales, terapia miofuncional, control de infecciones, aditamentos de precisión o semi-precisión, duplicación de dentaduras postizas, instrucciones para la higiene bucal, cargos por duplicación de radiografía para presentación de reclamos, cargos separados por desmineralización, terminación de cargos por reclamos, cargos por equipo o tecnología, exámenes requeridos por terceros, suministros personales (irrigadores Water Pik, cepillo de dientes, dispensador de hilo dental, etc.), o reemplazo de aparatos de ortodoncia perdidos o robados.
14. Cualquier procedimiento, servicio o suministro requerido, directa o indirectamente, para diagnosticar o tratar un trastorno, enfermedad o malfuncionamiento muscular, neural o esquelético de las articulaciones temporomandibulares o sus estructuras asociadas.
15. Procedimientos cuyo costo esté cubierto bajo cualquier otro plan médico (establecido por el empleador) que proporcione beneficios de grupo para hospitalización, cirugía o médicos sean o no sobre la base de un seguro.
16. Extracción de terceros molares asintomáticos, incluso la extracción de terceros molares erupcionados por ortodoncia.
17. Odontología cosmética o cirugía dental cosmética (odontología o cirugía dental realizada únicamente para mejorar la apariencia). Las carillas para coronas o dentaduras parciales fijas en molares siempre se considerarán trabajos cosméticos.
18. Implantes dentales y servicios relacionados.
19. Restauración de dientes deteriorados por desgaste, abrasión o erosión.
20. Puentes adheridos con resina, incluyendo retenedores asociados y puentes fijos.
21. Cargos por tiempo de traslado, costos de transporte, o asesoramiento profesional por teléfono.
22. Procedimientos realizados por un dentista que es miembro de su familia inmediata.

23. Cualquier cargo realizado por un hospital, centro de cirugía ambulatoria o centro similar, incluso cargos auxiliares.
24. Cualquier cargo por revisar una biopsia, material o espécimen de diagnóstico enviados a un patólogo o laboratorio de patología para su revisión histológica.
25. Cargos por tratamientos realizados;
 - a. en una clínica, centro médico o dental patrocinado o mantenido por el empleador de cualquier afiliado; o
 - b. por un empleado de cualquier afiliado.
26. Cargos por tratamientos realizados fuera de los Estados Unidos que no sean tratamientos de emergencia. Los beneficios para tratamientos de emergencia realizados fuera de los Estados Unidos están limitados a \$100 (dólares estadounidenses) al año.
27. Servicios dentales requeridos mientras se presta servicio en las fuerzas armadas, o la atención o tratamiento de una lesión o enfermedad debido a una guerra o un acto de guerra, declarada o no declarada.
 - g. la prótesis de reemplazo o la adición de un diente a una dentadura parcial se requiere porque se necesitó extraer un diente natural en funcionamiento estando usted cubierto por este Certificado; o
 - h. el reemplazo se hace necesario debido a una lesión dental cubierta sufrida por una dentadura postiza, parcial o total, o una dentadura postiza parcial fija (incluso un puente adherido con resina) siempre que el reemplazo esté finalizado antes de los 12 meses de haber ocurrido la lesión;
 - i. El reemplazo de coronas, incrustaciones coladas, incrustaciones tipo inlay, incrustaciones tipo onlay, dentaduras parciales fijas y otras restauraciones elaboradas en laboratorio, solo si:
 - j. el reemplazo ocurre al menos ocho años después de la fecha inicial de inserción; y
 - k. No es duradero y no se puede restaurar para que funcione.
 - l. el reemplazo de una dentadura parcial existente con un puente fijo, solo si la mejora a un puente fijo es esencial para corregir la condición dental de la persona.
 - m. el reemplazo de dientes hasta el complemento normal de 32; y
 - n. el ajuste de dentaduras postizas está limitado a uno cada doce (12) meses, contando a partir de los doce meses después de su colocación.

Limitaciones y exclusiones específicas por estado

Georgia

1. Los servicios de restauración mayores estarán sujetos a lo siguiente:
 - a. Las dentaduras postizas, dentaduras parciales removibles o dentaduras parciales fijas deben reemplazar un diente natural extraído mientras se tiene cobertura bajo este Certificado; sin embargo, esta disposición no aplicará si la póliza reemplaza una póliza dental de grupo con la que usted tenía cobertura y usted está cubierto por este certificado en la fecha de entrada en vigor de la póliza, sin que haya habido interrupción de cobertura, y siempre y cuando:
 - b. la prótesis reemplace dientes que se extrajeron mientras estaba asegurado bajo la póliza anterior; y
 - c. el trabajo de prótesis se complete en un lapso de 12 meses a partir de la extracción;
 - d. El reemplazo de una dentadura parcial, dentadura completa, o la adición de dientes a una dentadura parcial si:
 - e. el reemplazo ocurre al menos cinco años después de la fecha inicial de inserción de la dentadura completa o parcial, o del puente adherido con resina;
 - f. el reemplazo ocurre al menos cinco años después de la fecha inicial de inserción de un implante existente o de un puente fijo;
2. CompBenefits no cubrirá servicio alguno de ningún dentista que no sea un dentista general participante o un especialista participante, excepto la atención de emergencia fuera de área según se dispone en la Sección X, párrafo B del Certificado de Beneficios Dentales de Grupo.
3. Siempre que algún aporte o copago esté en mora, el afiliado no tendrá derecho a recibir beneficios ni disfrutar de ninguno de los otros privilegios de un afiliado cuyos pagos estén al día.
4. Tratamiento ortodóntico, si un servicio de atención dental cubierto, según aparece en el programa de beneficios del afiliado, está limitado a un único tratamiento de veinticuatro (24) meses.
5. Los afiliados que son menores de edad pueden ser tratados por un dentista pediátrico por cualquier motivo hasta su séptimo (7^o) cumpleaños. Las remisiones a un dentista pediátrico después de la edad de siete años requieren documentación médica.
6. Solo se incluye una (1) radiografía periapical como beneficio permitido para el tratamiento de conducto.
7. El número total de sesiones de mantenimiento periodontal y todos los otros tratamientos profilácticos combinados están limitados a dos (2) por afiliado cada doce (12) meses.

CompBenefits no proporciona cobertura para los servicios siguientes:

1. Productos farmacéuticos, drogas y medicamentos.
2. Servicios que en opinión del dentista general participante, el especialista participante o CompBenefits son:
 - a. innecesarios;
 - b. inadecuados para la afección dada o no se usan habitualmente para la atención dental;
 - c. no cuentan con un respaldo profesional uniforme o no satisfacen los estándares fijados por la Asociación Dental Americana;
 - d. de carácter experimental o investigativo;
 - e. por los cuales el afiliado no tiene obligación legal de pagar; o
 - f. por los cuales se habría hecho un cargo en ausencia de seguro.
3. Cualquier servicio fuera de los servicios normales o usuales proporcionados por el dentista general participante o el especialista participante o que, en opinión del dentista general participante o del especialista participante, pudiera poner en peligro la salud del afiliado.
4. Cualquier servicio o procedimiento que no puedan realizar el dentista general participante o el especialista participante debido a la condición de salud general o limitaciones físicas del afiliado.
5. Cualquier tratamiento dental comenzado antes de la fecha a partir de la cual el afiliado tiene derecho a recibir beneficios.
6. Servicios por lesiones y afecciones cubiertas bajo las leyes de compensación laboral o de responsabilidad del empleador, o que surjan como consecuencia de un trabajo o empleo remunerado o con ganancias, o durante el transcurso del mismo.
7. Tratamiento para quistes, neoplasmas y tumores cancerosos.
8. Anestesia general, sedación intravenosa y óxido nitroso, a menos que esté indicado específicamente en la descripción de beneficios. Cuando se indican en la descripción de beneficios, la anestesia general y la sedación intravenosa están cubiertas solo cuando sean necesarias desde un punto de vista médico y se suministren conjuntamente con otros servicios dentales cubiertos y realizados por un cirujano oral, periodoncista o un dentista pediátrico. Los siguientes motivos no son elegibles para recibir beneficios:
 - a. control del dolor, a menos que exista una alergia a la anestesia local que esté documentada.
 - b. ansiedad;
 - c. miedo al dolor;
 - d. manejo del dolor; o
 - e. incapacidad emocional para someterse a una operación.
9. Cualquier procedimiento, servicio o suministro que no tenga una expectativa razonable de éxito para corregir la afección dental del paciente por un período de al menos tres años, según determine CompBenefits.
10. Coronas, incrustaciones tipo inlay, incrustaciones coladas u otras restauraciones preparadas en laboratorio para dientes que puedan ser restaurados con empastes de amalgama o de resina compuesta.
11. Aparatos de ortodoncia, incrustaciones tipo inlay, incrustaciones coladas u otras restauraciones preparadas en laboratorio utilizados fundamentalmente con el objeto de ferulizar.
12. Cualquier procedimiento, servicio, suministro o aparato, cuyo único o principal objetivo sea el cambio o mantenimiento de la dimensión vertical; la alteración o restauración de una oclusión —incluso ajustes oclusivos—, restauración de la mordida o análisis de la mordida.
13. Tratamientos con flúor para adultos, protectores bucales, terapia miofuncional, control de infecciones, aditamentos de precisión o semi-precisión, duplicación de dentaduras postizas, instrucciones para la higiene bucal, cargos por duplicación de radiografía para presentación de reclamos, cargos separados por desmineralización, terminación de cargos por reclamos, cargos por equipo o tecnología, exámenes requeridos por terceros, suministros personales (irrigadores Water Pik, cepillo de dientes, dispensador de hilo dental, etc.), o reemplazo de aparatos de ortodoncia perdidos o robados.
14. Cualquier procedimiento, servicio o suministro requerido, directa o indirectamente, para diagnosticar o tratar un trastorno, enfermedad o malfuncionamiento muscular, neural o esquelético de las articulaciones temporomandibulares o sus estructuras asociadas.
15. Extracción de terceros molares asintomáticos, incluso la extracción de terceros molares erupcionados por ortodoncia.
16. Odontología cosmética o cirugía dental cosmética (odontología o cirugía dental realizada únicamente para mejorar la apariencia). Las carillas para coronas o dentaduras parciales fijas en molares siempre se considerarán trabajos cosméticos.
17. Implantes dentales y servicios relacionados.
18. Restauración de dientes deteriorados por desgaste, abrasión o erosión.
19. Puentes adheridos con resina, incluyendo retenedores asociados y puentes fijos.
20. Cargos por tiempo de traslado, costos de transporte, o asesoramiento profesional por teléfono.
21. Procedimientos realizados por un dentista que es miembro de su familia inmediata.
22. Cualquier cargo realizado por un hospital, centro de cirugía ambulatoria o centro similar, incluso cargos auxiliares.
23. Cualquier cargo por revisar una biopsia, material o espécimen de diagnóstico enviados a un

patólogo o laboratorio de patología para su revisión histológica.

24. Cargos por tratamientos realizados;
 - a. en una clínica, centro médico o dental patrocinado o mantenido por el empleador de cualquier afiliado; o
 - b. por un empleado de cualquier afiliado.
25. Cargos por tratamientos realizados fuera de los Estados Unidos que no sean tratamientos de emergencia. Los beneficios para tratamientos de emergencia realizados fuera de los Estados Unidos están limitados a \$100 (dólares estadounidenses) al año.
26. Servicios dentales requeridos mientras se presta servicio en las fuerzas armadas, o la atención o tratamiento de una lesión o enfermedad debido a una guerra o un acto de guerra, declarada o no declarada.

Ohio

1. Los servicios de restauración mayores estarán sujetos a lo siguiente:
 - a. Las dentaduras postizas, dentaduras parciales removibles o dentaduras parciales fijas deben reemplazar un diente natural extraído mientras se tiene cobertura bajo este Certificado; sin embargo, esta disposición no aplicará si el contrato reemplaza una póliza dental de grupo con la que usted tenía cobertura y usted está cubierto por este certificado en la fecha de entrada en vigor del contrato, sin que haya habido interrupción de cobertura, y siempre y cuando: a) la prótesis reemplace dientes que se extrajeron mientras estaba asegurado bajo la póliza anterior; y b) el trabajo de prótesis se completó en un lapso de 12 meses a partir de la extracción;
 - b. El reemplazo de una dentadura parcial, dentadura completa, o la adición de dientes a una dentadura parcial si:
 - c. el reemplazo ocurre al menos cinco años después de la fecha inicial de inserción de la dentadura completa o parcial, o del puente adherido con resina;
 - d. el reemplazo ocurre al menos cinco años después de la fecha inicial de inserción de un implante existente o de un puente fijo;
 - e. la prótesis de reemplazo o la adición de un diente a una dentadura parcial se requiere porque se necesitó extraer un diente natural en funcionamiento estando usted cubierto por este Certificado; o
 - f. el reemplazo se hace necesario debido a una lesión dental cubierta sufrida por una dentadura postiza, parcial o total, o una dentadura postiza parcial fija (incluso un puente adherido con

resina) siempre que el reemplazo esté finalizado antes de los 12 meses de haber ocurrido la lesión;

- g. El reemplazo de coronas, incrustaciones coladas, incrustaciones tipo inlay, incrustaciones tipo onlay, dentaduras parciales fijas y otras restauraciones elaboradas en laboratorio, solo si:
 - h. el reemplazo ocurre al menos ocho años después de la fecha inicial de inserción; y
 - i. No es duradero y no se puede restaurar para que funcione.
 - j. el reemplazo de una dentadura parcial existente con un puente fijo, solo si la mejora a un puente fijo es esencial para corregir la condición dental de la persona.
 - k. el reemplazo de dientes hasta el complemento normal de 32; y
 - l. el ajuste de dentaduras postizas está limitado a uno cada doce (12) meses, contando a partir de los doce meses después de su colocación.
2. La compañía no cubrirá servicio alguno de ningún dentista que no sea un dentista general participante o un especialista participante, excepto la atención de emergencia fuera de área según se dispone en la Sección X, párrafo B de este Certificado, a menos que un servicio para atención dental cubierto no esté disponible a través de un dentista general participante o un especialista participante, según se requiere en el Código Revisado de Ohio (O.R.C. 175113(A)(2)).
3. Siempre que algún aporte o copago esté en mora, el afiliado no tendrá derecho a recibir beneficios ni disfrutar de ninguno de los otros privilegios de un afiliado cuyos pagos estén al día.
4. Tratamiento ortodóntico, si un servicio de atención dental cubierto, según aparece en el programa de beneficios del afiliado, está limitado a un único tratamiento de veinticuatro (24) meses.
5. Los afiliados que son menores de edad pueden ser tratados por un dentista pediátrico por cualquier motivo hasta su séptimo (7º) cumpleaños. Las remisiones a un dentista pediátrico después de la edad de siete años requieren documentación médica.
6. Solo se incluye una (1) radiografía periapical como beneficio permitido para el tratamiento de conducto.
7. El número total de sesiones de mantenimiento periodontal y todos los otros tratamientos profilácticos combinados están limitados a dos (2) por afiliado cada doce (12) meses.

La compañía no proporciona cobertura para los servicios siguientes:

1. Productos farmacéuticos, drogas y medicamentos.
2. Servicios que en opinión del dentista general participante, el especialista participante o la compañía son:

- a. innecesarios;
 - b. inadecuados para la afección dada o no se usan habitualmente para la atención dental;
 - c. no cuentan con un respaldo profesional uniforme o no satisfacen los estándares fijados por la Asociación Dental Americana;
 - d. de carácter experimental o investigativo;
 - e. por los cuales el afiliado no tiene obligación legal de pagar; o
 - f. por los cuales se habría hecho un cargo en ausencia de seguro.
3. Cualquier servicio fuera de los servicios normales o usuales proporcionados por el dentista general participante o el especialista participante o que, en opinión del dentista general participante o del especialista participante, pudiera poner en peligro la salud del afiliado.
 4. Cualquier servicio o procedimiento que no puedan realizar el dentista general participante o el especialista participante debido a la condición de salud general o limitaciones físicas del afiliado.
 5. Cualquier tratamiento dental comenzado antes de la fecha a partir de la cual el afiliado tiene derecho a recibir beneficios.
 6. Servicios por lesiones y afecciones cubiertas bajo las leyes de compensación laboral o de responsabilidad del empleador, o que surjan como consecuencia de un trabajo o empleo remunerado o con ganancias, o durante el transcurso del mismo.
 7. Tratamiento para quistes, neoplasmas y tumores cancerosos.
 8. Anestesia general, sedación intravenosa y óxido nítrico, a menos que esté indicado específicamente en la descripción de beneficios. Cuando se indican en la descripción de beneficios, la anestesia general y la sedación intravenosa están cubiertas solo cuando sean necesarias desde un punto de vista médico y se suministren conjuntamente con otros servicios dentales cubiertos y realizados por un cirujano dental, periodoncista o un dentista pediátrico. Los siguientes motivos no son elegibles para recibir beneficios:
 - a. control del dolor, a menos que exista una alergia a la anestesia local que esté documentada.
 - b. ansiedad;
 - c. miedo al dolor;
 - d. manejo del dolor; o
 - e. incapacidad emocional para someterse a una operación.
 9. Cualquier procedimiento, servicio o suministro que no tenga una expectativa razonable de éxito para corregir la afección dental del paciente por un período de al menos tres años, según determine la compañía.
 10. Coronas, incrustaciones tipo inlay, incrustaciones coladas u otras restauraciones preparadas en laboratorio para dientes que puedan ser restaurados con empastes de amalgama o de resina compuesta.
 11. Aparatos de ortodoncia, incrustaciones tipo inlay, incrustaciones coladas u otras restauraciones preparadas en laboratorio utilizados fundamentalmente con el objeto de ferulizar.
 12. Cualquier procedimiento, servicio, suministro o aparato, cuyo único o principal objetivo sea el cambio o mantenimiento de la dimensión vertical; la alteración o restauración de una oclusión —incluso ajustes oclusivos—, restauración de la mordida o análisis de la mordida.
 13. Tratamientos con flúor para adultos, protectores bucales, terapia miofuncional, control de infecciones, aditamentos de precisión o semi-precisión, duplicación de dentaduras postizas, instrucciones para la higiene bucal, cargos por duplicación de radiografía para presentación de reclamos, cargos separados por desmineralización, terminación de cargos por reclamos, cargos por equipo o tecnología, exámenes requeridos por terceros, suministros personales (irrigadores Water Pik, cepillo de dientes, dispensador de hilo dental, etc.), o reemplazo de aparatos de ortodoncia perdidos o robados.
 14. Cualquier procedimiento, servicio o suministro requerido, directa o indirectamente, para diagnosticar o tratar un trastorno, enfermedad o malfuncionamiento muscular, neural o esquelético de las articulaciones temporomandibulares o sus estructuras asociadas.
 15. Procedimientos cuyos costos están cubiertos bajo cualquier otro plan médico (establecido por el empleador) que proporcione beneficios de grupo para hospitalización, cirugía o médicos sean o no sobre la base de un seguro.
 16. Extracción de terceros molares asintomáticos, incluso la extracción de terceros molares erupcionados por ortodoncia.
 17. Odontología cosmética o cirugía dental cosmética (odontología o cirugía dental realizada únicamente para mejorar la apariencia). Las carillas para coronas o dentaduras parciales fijas en molares siempre se considerarán trabajos cosméticos.
 18. Implantes dentales y servicios relacionados.
 19. Restauración de dientes deteriorados por desgaste, abrasión o erosión.
 20. Puentes adheridos con resina, incluyendo retenedores asociados y puentes fijos.
 21. Cargos por tiempo de traslado, costos de transporte, o asesoramiento profesional por teléfono.
 22. Procedimientos realizados por un dentista que es miembro de su familia inmediata.
 23. Cualquier cargo realizado por un hospital, centro de cirugía ambulatoria o centro similar, incluso cargos auxiliares.
 24. Cualquier cargo por revisar una biopsia, material o espécimen de diagnóstico enviados a un patólogo o laboratorio de patología para su revisión histológica.

25. Cargos por tratamientos realizados;
 - a. en una clínica, centro médico o dental patrocinado o mantenido por el empleador de cualquier afiliado; o
 - b. por un empleado de cualquier afiliado.
26. Cargos por tratamientos realizados fuera de los Estados Unidos que no sean tratamientos de emergencia. Los beneficios para tratamientos de emergencia realizados fuera de los Estados Unidos están limitados a \$100 (dólares estadounidenses) al año.
27. Servicios dentales requeridos mientras se presta servicio en las fuerzas armadas, o la atención o tratamiento de una lesión o enfermedad debido a una guerra o un acto de guerra, declarada o no declarada.
 - g. El reemplazo de coronas, incrustaciones coladas, incrustaciones tipo inlay, incrustaciones tipo onlay, dentaduras parciales fijas y otras restauraciones elaboradas en laboratorio, solo si:
 - h. el reemplazo ocurre al menos ocho años después de la fecha inicial de inserción; y
 - i. No es duradero y no se puede restaurar para que funcione.
 - j. el reemplazo de una dentadura parcial existente con un puente fijo, solo si la mejora a un puente fijo es esencial para corregir la condición dental de la persona.
 - k. el reemplazo de dientes hasta el complemento normal de 32; y
 - l. el ajuste de dentaduras postizas está limitado a uno cada doce (12) meses, contando a partir de los doce meses después de su colocación.

Tennessee

1. Los servicios de restauración mayores estarán sujetos a lo siguiente:
 - a. Las dentaduras postizas, dentaduras parciales removibles o dentaduras parciales fijas deben reemplazar un diente natural extraído mientras se tiene cobertura bajo este Certificado; sin embargo, esta disposición no aplicará si el contrato reemplaza una póliza dental de grupo con la que usted tenía cobertura y usted está cubierto por este certificado en la fecha de entrada en vigor del contrato, sin que haya habido interrupción de cobertura, y siempre y cuando: a) la prótesis reemplace dientes que se extrajeron mientras estaba asegurado bajo la póliza anterior; y b) el trabajo de prótesis se completó en un lapso de 12 meses a partir de la extracción;
 - b. El reemplazo de una dentadura parcial, dentadura completa, o la adición de dientes a una dentadura parcial si:
 - c. el reemplazo ocurre al menos cinco años después de la fecha inicial de inserción de la dentadura completa o parcial, o del puente adherido con resina;
 - d. el reemplazo ocurre al menos cinco años después de la fecha inicial de inserción de un implante existente o de un puente fijo;
 - e. la prótesis de reemplazo o la adición de un diente a una dentadura parcial se requiere porque se necesitó extraer un diente natural en funcionamiento estando usted cubierto por este Certificado; o
 - f. el reemplazo se hace necesario debido a una lesión dental cubierta sufrida por una dentadura postiza, parcial o total, o una dentadura postiza parcial fija (incluso un puente adherido con resina) siempre que el reemplazo esté finalizado antes de los 12 meses de haber ocurrido la lesión;
 2. La compañía no cubrirá servicio alguno de ningún dentista que no sea un dentista general participante o un especialista participante, excepto la atención de emergencia fuera de área según se dispone en la Sección VIII, párrafo C del Certificado de Beneficios Dentales de Grupo.
 3. Siempre que algún aporte o copago esté en mora, el afiliado no tendrá derecho a recibir beneficios ni disfrutar de ninguno de los otros privilegios de un afiliado cuyos pagos estén al día.
 4. Tratamiento ortodóntico, si un servicio de atención dental cubierto, según aparece en el programa de beneficios del afiliado, está limitado a un único tratamiento de veinticuatro(24) meses.
 5. Los afiliados que son menores de edad pueden ser tratados por un dentista pediátrico por cualquier motivo hasta su séptimo (7^o) cumpleaños. Las remisiones a un dentista pediátrico después de la edad de siete años requieren documentación médica.
 6. Solo se incluye una (1) radiografía periapical como beneficio permitido para el tratamiento de conducto.
 7. El número total de sesiones de mantenimiento periodontal y todos los otros tratamientos profilácticos combinados están limitados a dos (2) por afiliado cada doce (12) meses.
- La compañía no proporciona cobertura para los servicios siguientes:**
1. Productos farmacéuticos, drogas y medicamentos.
 2. Servicios que en opinión del dentista general participante, el especialista participante o la compañía son:
 - a. innecesarios;
 - b. inadecuados para la afección dada o no se usan habitualmente para la atención dental;
 - c. no cuentan con un respaldo profesional uniforme o no satisfacen los estándares

- fijos por la Asociación Dental Americana;
- d. de carácter experimental o investigativo;
 - e. por los cuales el afiliado no tiene obligación legal de pagar; o
 - f. por los cuales se habría hecho un cargo en ausencia de seguro.
3. Cualquier servicio fuera de los servicios normales o usuales proporcionados por el dentista general participante o el especialista participante o que, en opinión del dentista general participante o del especialista participante, pudiera poner en peligro la salud del afiliado.
 4. Cualquier servicio o procedimiento que no puedan realizar el dentista general participante o el especialista participante debido a la condición de salud general o limitaciones físicas del afiliado.
 5. Cualquier tratamiento dental comenzado antes de la fecha a partir de la cual el afiliado tiene derecho a recibir beneficios.
 6. Servicio por lesiones y afecciones cubiertas bajo las leyes de compensación laboral o de responsabilidad del empleador.
 7. Tratamiento para quistes, neoplasmas y tumores cancerosos.
 8. Anestesia general, sedación intravenosa y óxido nítrico, a menos que esté indicado específicamente en la descripción de beneficios. Cuando se indican en la descripción de beneficios, la anestesia general y la sedación intravenosa están cubiertas solo cuando sean necesarias desde un punto de vista médico y se suministren conjuntamente con otros servicios dentales cubiertos y realizados por un cirujano dental, periodoncista o un dentista pediátrico. Los siguientes motivos no son elegibles para recibir beneficios:
 - a. control del dolor, a menos que exista una alergia a la anestesia local que esté documentada.
 - b. ansiedad;
 - c. miedo al dolor;
 - d. manejo del dolor; o
 - e. incapacidad emocional para someterse a una operación.
 9. Cualquier procedimiento, servicio o suministro que no tenga una expectativa razonable de éxito para corregir la afección dental del paciente por un período de al menos tres años, según determine la compañía.
 10. Coronas, incrustaciones tipo inlay, incrustaciones coladas u otras restauraciones preparadas en laboratorio para dientes que puedan ser restaurados con empastes de amalgama o de resina compuesta.
 11. Aparatos de ortodoncia, incrustaciones tipo inlay, incrustaciones coladas u otras restauraciones preparadas en laboratorio utilizados fundamentalmente con el objeto de ferulizar.
 12. Cualquier procedimiento, servicio, suministro o aparato, cuyo único o principal objetivo sea el cambio o mantenimiento de la dimensión vertical; la alteración o restauración de una oclusión —incluso ajustes oclusivos—, restauración de la mordida o análisis de la mordida.
 13. Tratamientos con flúor para adultos, protectores bucales, terapia miofuncional, control de infecciones, aditamentos de precisión o semi-precisión, duplicación de dentaduras postizas, instrucciones para la higiene bucal, cargos por duplicación de radiografía para presentación de reclamos, cargos separados por desmineralización, terminación de cargos por reclamos, cargos por equipo o tecnología, exámenes requeridos por terceros, suministros personales (irrigadores Water Pik, cepillo de dientes, dispensador de hilo dental, etc.), o reemplazo de aparatos de ortodoncia perdidos o robados.
 14. Cualquier procedimiento, servicio o suministro requerido, directa o indirectamente, para diagnosticar o tratar un trastorno, enfermedad o malfuncionamiento muscular, neural o esquelético de las articulaciones temporomandibulares o sus estructuras asociadas.
 15. Procedimientos cuyos costos están cubiertos bajo cualquier otro plan médico (establecido por el empleador) que proporcione beneficios de grupo para hospitalización, cirugía o médicos sean o no sobre la base de un seguro.
 16. Extracción de terceros molares asintomáticos, incluso la extracción de terceros molares erupcionados por ortodoncia.
 17. Odontología cosmética o cirugía dental cosmética (odontología o cirugía dental realizada únicamente para mejorar la apariencia). Las carillas para coronas o dentaduras parciales fijas en molares siempre se considerarán trabajos cosméticos.
 18. Implantes dentales y servicios relacionados.
 19. Restauración de dientes deteriorados por desgaste, abrasión o erosión.
 20. Puentes adheridos con resina, incluyendo retenedores asociados y puentes fijos.
 21. Cargos por tiempo de traslado, costos de transporte, o asesoramiento profesional por teléfono.
 22. Procedimientos realizados por un dentista que es miembro de su familia inmediata.
 23. Cualquier cargo realizado por un hospital, centro de cirugía ambulatoria o centro similar, incluso cargos auxiliares.
 24. Cualquier cargo por revisar una biopsia, material o espécimen de diagnóstico enviados a un patólogo o laboratorio de patología para su revisión histológica.
 25. Cargos por tratamientos realizados;
 - a. en una clínica, centro médico o dental patrocinado o mantenido por el empleador de cualquier afiliado; o
 - b. por un empleado de cualquier afiliado.
 26. Cargos por tratamientos realizados fuera de los Estados Unidos que no sean tratamientos de emergencia. Los beneficios para tratamientos de emergencia realizados fuera de los Estados Unidos

están limitados a \$100 (dólares estadounidenses) al año.

27. Servicios dentales requeridos mientras se presta servicio en las fuerzas armadas, o la atención o tratamiento de una lesión o enfermedad debido a una guerra o un acto de guerra, declarada o no declarada.

Texas

Limitaciones y exclusiones

1. Los servicios de restauración mayores estarán sujetos a lo siguiente:
 - a. Una dentadura postiza, dentadura parcial removible o dentadura parcial fija debe reemplazar un diente natural extraído mientras se tiene cobertura bajo este Certificado; sin embargo, esta disposición no aplicará si el contrato reemplaza una póliza dental de grupo con la que usted tenía cobertura y usted está cubierto por este certificado en la fecha de entrada en vigor del contrato, sin que haya habido interrupción de cobertura, y siempre y cuando:
 - b. la prótesis reemplace dientes que se extrajeron mientras estaba asegurado bajo la póliza anterior; y
 - c. el trabajo de prótesis se complete en un lapso de 12 meses a partir de la extracción;
 - d. El reemplazo de una dentadura parcial, dentadura completa, o la adición de dientes a una dentadura parcial si:
 - e. el reemplazo ocurre al menos cinco años después de la fecha inicial de inserción de la dentadura completa o parcial, o del puente adherido con resina;
 - f. el reemplazo ocurre al menos cinco años después de la fecha inicial de inserción de un implante existente o de un puente fijo;
 - g. la prótesis de reemplazo o la adición de un diente a una dentadura parcial se requiere porque se necesitó extraer un diente natural en funcionamiento estando usted cubierto por este Certificado; o
 - h. el reemplazo se hace necesario debido a una lesión dental cubierta sufrida por una dentadura postiza, parcial o total, o una dentadura postiza parcial fija (incluso un puente adherido con resina) siempre que el reemplazo esté finalizado antes de los 12 meses de haber ocurrido la lesión;
 - i. El reemplazo de coronas, incrustaciones coladas, incrustaciones tipo inlay, incrustaciones tipo onlay, dentaduras parciales fijas y otras restauraciones elaboradas en laboratorio, solo si:
 - j. el reemplazo ocurre al menos ocho años después de la fecha inicial de inserción; y
 - k. (ii) No es duradero y no se puede restaurar para que funcione.
 - l. el reemplazo de una dentadura parcial existente con un puente fijo, solo si la mejora a un puente fijo es esencial para corregir la condición dental de la persona.
 - m. el reemplazo de dientes hasta el complemento normal de 32; y
 - n. el ajuste de dentaduras postizas está limitado a uno cada doce (12) meses, contando a partir de los doce meses después de su colocación.
2. El Plan no cubrirá ningún servicio de dentista alguno que no sea un dentista participante, excepto la atención de emergencia, según se dispone en el Manual/Explicación de cobertura (EOC).
3. Siempre que algún aporte o copago esté en mora, el afiliado no tendrá derecho a recibir beneficios ni disfrutar de ninguno de los otros privilegios de un afiliado cuyos pagos estén al día.
4. Tratamiento ortodóntico, si un servicio de atención dental cubierto, según aparece en el programa de beneficios del afiliado, está limitado a un único tratamiento de veinticuatro(24) meses.
5. Los afiliados que son menores de edad pueden ser tratados por un dentista pediátrico por cualquier motivo hasta su séptimo (7º) cumpleaños. Las remisiones a un dentista pediátrico después de la edad de siete años requieren documentación médica.
6. Solo se incluye una (1) radiografía periapical como beneficio permitido para el tratamiento de conducto.
7. El número total de sesiones de mantenimiento periodontal y todos los otros tratamientos profilácticos combinados están limitados a dos (2) por afiliado cada doce (12) meses.

El Plan no proporciona cobertura para los servicios siguientes:

1. Productos farmacéuticos, drogas y medicamentos.
2. Servicios que en opinión del dentista participante o la compañía:
 - a. no sean necesarios;
 - b. no sean adecuados para la afección dada o no se usan habitualmente para la atención dental;
 - c. no tengan un respaldo profesional uniforme o no satisfacen los estándares fijados por la Asociación Dental Americana;
 - d. sean de carácter experimental o investigativo;
 - e. por los cuales el afiliado no tenga obligación legal de pagar; o (f) por los cuales se habría hecho un cargo en ausencia de seguro.

3. Cualquier servicio fuera de los servicios normales o usuales proporcionados por el dentista general participante o que, en opinión del dentista general participante, pudiera poner en peligro la salud del afiliado.
4. Cualquier servicio o procedimiento que no pueda realizar el dentista general participante debido a la condición de salud general o limitaciones físicas del afiliado.
5. Cualquier procedimiento dental comenzado antes de la fecha a partir de la cual el afiliado tiene derecho a recibir beneficios.
6. Servicios por lesiones y afecciones cubiertas bajo las leyes de compensación laboral o de responsabilidad del empleador, o que surjan como consecuencia de un trabajo o empleo remunerado o con ganancias, o durante el transcurso del mismo.
7. Tratamiento para quistes, neoplasmas y tumores cancerosos.
8. Anestesia general, sedación intravenosa y óxido nitroso, a menos que esté indicado específicamente en la descripción de beneficios. Cuando se indican en la descripción de beneficios, la anestesia general y la sedación intravenosa están cubiertas solo cuando sean necesarias desde un punto de vista médico y se suministren conjuntamente con otros servicios dentales cubiertos y realizados por un cirujano dental, periodoncista o un dentista pediátrico. Los siguientes motivos no son elegibles para recibir beneficios:
 - a. control del dolor, a menos que exista una alergia a la anestesia local que esté documentada.
 - b. ansiedad;
 - c. miedo al dolor;
 - d. manejo del dolor; o
 - e. incapacidad emocional para someterse a una operación.
9. Cualquier procedimiento, servicio o suministro que no tenga una expectativa razonable de éxito para corregir la afección dental del paciente por un período de al menos tres años, según determine la compañía.
10. Coronas, incrustaciones tipo inlay, incrustaciones coladas u otras restauraciones preparadas en laboratorio para dientes que puedan ser restaurados con empastes de amalgama o de resina compuesta.
11. Aparatos de ortodoncia, incrustaciones tipo inlay, incrustaciones coladas u otras restauraciones preparadas en laboratorio utilizados fundamentalmente con el objeto de ferulizar.
12. Cualquier procedimiento, servicio, suministro o aparato, cuyo único o principal objetivo sea el cambio o mantenimiento de la dimensión vertical; la alteración o restauración de una oclusión—incluso ajustes oclusivos—, restauración de la mordida o análisis de la mordida.
13. Tratamientos con flúor para adultos, protectores bucales, terapia miofuncional, control de infecciones, aditamentos de precisión o semi-precisión, duplicación de dentaduras postizas, instrucciones para la higiene bucal, cargos por duplicación de radiografía para presentación de reclamos, cargos separados por desmineralización, terminación de cargos por reclamos, cargos por equipo o tecnología, exámenes requeridos por terceros, suministros personales (irrigadores Water Pik, cepillo de dientes, dispensador de hilo dental, etc.), o reemplazo de aparatos de ortodoncia perdidos o robados.
14. Cualquier procedimiento, servicio o suministro requerido, directa o indirectamente, para diagnosticar o tratar un trastorno, enfermedad o malfuncionamiento muscular, neural o esquelético de las articulaciones temporomandibulares o sus estructuras asociadas.
15. Procedimientos cuyos costos están cubiertos bajo cualquier otro plan médico (establecido por el empleador) que proporcione beneficios de grupo para hospitalización, cirugía o médicos sean o no sobre la base de un seguro.
16. Extracción de terceros molares asintomáticos, incluso la extracción de terceros molares erupcionados por ortodoncia.
17. Odontología cosmética o cirugía dental cosmética (odontología o cirugía dental realizada únicamente para mejorar la apariencia). Las carillas para coronas o dentaduras parciales fijas en molares siempre se considerarán trabajos cosméticos.
18. Implantes dentales y servicios relacionados.
19. Restauración de dientes deteriorados por desgaste, abrasión o erosión.
20. Puentes adheridos con resina, incluyendo retenedores asociados y puentes fijos.
21. Cargos por tiempo de traslado, costos de transporte, o asesoramiento profesional por teléfono.
22. Procedimientos realizados por un dentista que es miembro de su familia inmediata.
23. Cualquier cargo realizado por un hospital, centro de cirugía ambulatoria o centro similar, incluso cargos auxiliares.
24. Cualquier cargo por revisar una biopsia, material o espécimen de diagnóstico enviados a un patólogo o laboratorio de patología para su revisión histológica.
25. Cargos por tratamientos realizados;
 - a. en una clínica, centro médico o dental patrocinado o mantenido por el empleador de cualquier afiliado; o
 - b. por un empleado de cualquier afiliado.
26. Cargos por tratamientos realizados fuera de los Estados Unidos que no sean tratamientos de emergencia. Los beneficios para tratamientos de emergencia realizados fuera de los Estados Unidos están limitados a \$100 (dólares estadounidenses) al año.
27. Servicios dentales requeridos mientras se presta servicio en las fuerzas armadas, o la atención o tratamiento de una lesión o enfermedad debido a

una guerra o un acto de guerra, declarada o no declarada.

El Plan dental EPO tiene suscripción de riesgos de las siguientes compañías de Humana: CompBenefits of

Guía de información regulatoria y técnica del plan dental MTV Preventive Plus

Limitaciones y exclusiones

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

1. Cualquier gasto en el que incurra y al que tenga derecho bajo cualquier ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional, ya sea que usted haya solicitado o no cobertura.
2. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
 - b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
3. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
 - c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
5. No acudir a una cita con el dentista.
6. Cualquier servicio que consideremos de odontología estética a menos que sea necesario como consecuencia de una lesión accidental recibida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideramos que son cosméticos los siguientes procedimientos odontológicos:
 - a. Carillas para coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los pilares) posterior al segundo bicúspide.
 - b. Cualquier servicio para corregir deformaciones congénitas;

Alabama, Inc., CompBenefits Company, a prepaid Limited Health Service Organization con licencia al amparo del Capítulo 636 de los Estatutos de Florida, CompBenefits Dental, Inc., CompBenefits Insurance Company y DentiCare, Inc. (nombre comercial CompBenefits).

- c. Cualquier servicio realizado principalmente para mejorar la apariencia; o
 - d. Caracterizaciones y personalizaciones de dispositivos protéticos.
7. Control de infecciones, incluidas las técnicas de esterilización, entre otras.
8. Honorarios por tratamientos realizados por alguien que no es dentista, con excepción del raspado, la limpieza dental y la aplicación tópica de flúor, que pueden ser realizados por un higienista dental autorizado. El tratamiento debe realizarse bajo la supervisión y guía del dentista, de acuerdo con los estándares dentales generalmente aceptados.
9. Cualquier servicio no indicado específicamente en los beneficios su plan.
10. Cualquier servicio que determinemos que:
 - a. no sea una necesidad dental;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considere de carácter experimental o investigativo.
11. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza (a menos que el servicio aparezca como elegible bajo la extensión de beneficios).
12. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
13. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
14. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
15. Anestesia local, irrigación, óxido nítrico, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, planes de tratamiento, ajustes oclusivos, o preparación de tejidos asociada con la impresión o colocación de una restauración cuando se cobra como un servicio separado. Estos servicios se consideran parte integrante del servicio dental total.

Cobertura adicional

No pagaremos beneficios por ninguna lesión accidental si existe otro seguro que proporcione pagos o cobertura de gastos, independientemente de si esa otra cobertura se describe como primaria, adicional o contingente. Si su reclamo contra otra aseguradora es denegado o parcialmente pagado, procesaremos su reclamo de acuerdo con los términos y condiciones de este certificado. Si realizamos un pago, usted accede a cedernos cualquier derecho que tenga contra la otra aseguradora por los gastos dentales que paguemos. Los pagos efectuados por la otra

aseguradora serán acreditados a cualquier coaseguro aplicable o deducible por año calendario.

Limitaciones y exclusiones específicas por estado

ARKANSAS

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

1. Cualquier gasto en el que incurra y al que tenga derecho bajo cualquier ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional, ya sea que usted haya solicitado o no cobertura.
2. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
 - b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
3. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
 - c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
5. No acudir a una cita con el dentista.
6. Cualquier servicio que consideremos de odontología estética a menos que sea necesario como consecuencia de una lesión accidental recibida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideramos que son cosméticos los siguientes procedimientos odontológicos:
 - a. Carillas para coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los pilares) posterior al segundo bicúspide.
 - b. Cualquier servicio para corregir deformaciones congénitas;
 - c. Cualquier servicio realizado principalmente para mejorar la apariencia; o
 - d. Caracterizaciones y personalizaciones de dispositivos prostéticos.
7. Control de infecciones, incluidas las técnicas de esterilización, entre otras.

8. Honorarios por tratamientos realizados por alguien que no es dentista, con excepción del raspado, la limpieza dental y la aplicación tópica de flúor, que pueden ser realizados por un higienista dental autorizado. El tratamiento debe realizarse bajo la supervisión y guía del dentista, de acuerdo con los estándares dentales generalmente aceptados.
9. Cualquier servicio no indicado específicamente en los beneficios de su plan.
10. Cualquier servicio que determinemos que:
 - a. no es una necesidad dental;
 - b. no ofrece una prognosis favorable;
 - c. no cuenta con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considera de carácter experimental o investigativo.
11. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza (a menos que el servicio aparezca como elegible bajo la extensión de beneficios).
12. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
13. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
14. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
15. Anestesia local, irrigación, óxido nitroso, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, planes de tratamiento, ajustes oclusivos, o preparación de tejidos asociada con la impresión o colocación de una restauración cuando se cobra como un servicio separado. Estos servicios se consideran parte integrante del servicio dental total.

CALIFORNIA

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

1. Cualquier gasto en el que incurra y al que tenga derecho bajo cualquier ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional, ya sea que usted haya solicitado o no cobertura.
2. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
 - b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.

3. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
 - c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
5. No acudir a una cita con el dentista.
6. Cualquier servicio que consideremos de odontología estética, a menos que tal servicio sea necesario como consecuencia de una lesión corporal accidental recibida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideramos que son cosméticos los siguientes procedimientos odontológicos:
 - a. Carillas para coronas o puentes fijos posteriores al segundo bicusípide.
 - b. Cualquier servicio para corregir deformaciones congénitas;
 - c. Cualquier servicio realizado principalmente para mejorar la apariencia; o
 - d. Caracterizaciones y personalizaciones de dispositivos prostéticos.
7. Control de infecciones, incluidas las técnicas de esterilización, entre otras.
8. Cargos por tratamientos realizados por alguien que no es dentista, con excepción del raspado, la limpieza dental y la aplicación tópica de flúor, que pueden ser realizados por un higienista dental autorizado. El tratamiento debe realizarse bajo la supervisión y guía del dentista, de acuerdo con los estándares dentales generalmente aceptados.
9. Cualquier servicio no indicado específicamente en los beneficios de su plan.
10. Cualquier servicio que:
 - a. no sea una necesidad dental;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considere de carácter experimental o investigativo.
11. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza (a menos que el servicio aparezca como elegible bajo la extensión de beneficios).
12. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
13. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
14. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
15. Anestesia local, irrigación, óxido nítrico, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, planes de tratamiento, ajustes oclusivos, o preparación de tejidos asociada con la impresión o colocación de

una restauración cuando se cobra como un servicio separado. Estos servicios se consideran parte integrante del servicio dental total.

Cobertura adicional

No pagaremos beneficios por ninguna lesión accidental si existe otro seguro que proporcione pagos o cobertura de gastos, independientemente de si esa otra cobertura se describe como primaria, adicional o contingente. Si su reclamo contra otra aseguradora es denegado o parcialmente pagado, procesaremos su reclamo de acuerdo con los términos y condiciones de este certificado. Si realizamos un pago, usted accede a cedernos cualquier derecho que tenga contra la otra aseguradora por los gastos dentales que paguemos. Los pagos efectuados por la otra aseguradora serán acreditados a cualquier coaseguro aplicable o deducible por año calendario.

COLORADO

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

1. Cualquier gasto en el que incurra y al que tenga derecho bajo cualquier ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional, ya sea que usted haya solicitado o no cobertura.
2. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
 - b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
3. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
 - c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
5. No acudir a una cita con el dentista.
6. Cualquier servicio que consideremos de odontología estética a menos que sea necesario como consecuencia de una lesión accidental recibida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideramos que son cosméticos los siguientes procedimientos odontológicos:

- a. Carillas para coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los pilares) posterior al segundo bicúspide.
 - b. Cualquier servicio para corregir deformaciones congénitas;
 - c. Cualquier servicio realizado principalmente para mejorar la apariencia; o
 - d. Caracterizaciones y personalizaciones de dispositivos prostéticos.
7. Control de infecciones, incluidas las técnicas de esterilización, entre otras.
 8. Los honorarios por tratamiento de alguien que no es dentista, excepto cuando son legalmente prestados por un higienista dental autorizado. Los servicios prestados por un higienista dental deben realizarse bajo la supervisión directa y guía del dentista, con excepción de lo permitido específicamente por el código de profesiones y ocupaciones de Colorado que contempla que los higienistas dentales realicen limpieza dental sin supervisión.
 9. Cualquier servicio no indicado específicamente en los beneficios de su plan.
 10. Cualquier servicio que determinemos que:
 - a. no sea una necesidad dental;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considera de carácter experimental o investigativo.
 11. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza (a menos que el servicio aparezca como elegible bajo la extensión de beneficios).
 12. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
 13. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
 14. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
 15. Anestesia local, irrigación, óxido nítrico, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, planes de tratamiento, ajustes oclusivos, o preparación de tejidos asociada con la impresión o colocación de una restauración cuando se cobra como un servicio separado. Estos servicios se consideran parte integrante del servicio dental total.

Cobertura adicional

No pagaremos beneficios por ninguna lesión accidental por la que existe otro seguro que proporciona pagos o cobertura de gastos, independientemente de si esa otra cobertura se describe como primaria, adicional o contingente.

Si su reclamo contra la otra aseguradora es denegado o parcialmente pagado, procesaremos su reclamo de acuerdo con los términos y condiciones de esta póliza. Si

realizamos un pago en su nombre, usted accede a cedernos cualquier derecho que tenga contra la otra aseguradora por los gastos dentales que paguemos. Los pagos efectuados por la otra aseguradora serán acreditados a cualquier coaseguro aplicable o deducible por año calendario.

FLORIDA

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

1. Cualquier gasto que surja en el curso de cualquier ocupación o empleo con pago, ganancias o utilidades por los que se pagan beneficios bajo la ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional o que se mantenga durante el mismo..
2. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
 - b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
3. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
 - c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
5. No acudir a una cita con el dentista.
6. Cualquier servicio que consideremos de odontología estética a menos que sea necesario como consecuencia de una lesión accidental recibida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideramos que son cosméticos los siguientes procedimientos odontológicos:
 - a. Carillas para coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los pilares) posterior al segundo bicúspide.
 - b. Cualquier servicio para corregir una deformación congénita, a menos que el servicio sea para el tratamiento de un recién nacido con cobertura según se permite en la sección de beneficios adicionales para recién nacidos contemplada en su plan.

- c. Cualquier servicio realizado principalmente para mejorar la apariencia; o
 - d. Caracterizaciones y personalizaciones de dispositivos prostéticos.
7. Control de infecciones, incluidas las técnicas de esterilización, entre otras.
 8. Cargos por tratamientos realizados por alguien que no es dentista, con excepción del raspado, la limpieza dental y la aplicación tópica de flúor, que pueden ser realizados por un higienista dental autorizado. El tratamiento debe realizarse bajo la supervisión y guía del dentista, de acuerdo con los estándares dentales generalmente aceptados.
 9. Cualquier servicio no indicado específicamente en su plan de beneficios.
 10. Cualquier servicio que determinemos que:
 - a. no sea una necesidad dental;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considera de carácter experimental o investigativo.
 11. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza (a menos que el servicio aparezca como elegible bajo la extensión de beneficios).
 12. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
 13. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
 14. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
 15. Anestesia local, irrigación, óxido nítrico, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, planes de tratamiento, ajustes oclusivos, o preparación de tejidos asociada con la impresión o colocación de una restauración cuando se cobra como un servicio separado. Estos servicios se consideran parte integrante del servicio dental total.

subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o

- c. Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
3. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
 - c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
 4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
 5. No acudir a una cita con el dentista.
 6. Cualquier servicio que consideremos de odontología estética a menos que sea necesario como consecuencia de una lesión accidental recibida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideramos que son cosméticos los siguientes procedimientos odontológicos:
 - a. Carillas para coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los pilares) posterior al segundo bicúspide.
 - b. Cualquier servicio para corregir deformaciones congénitas;
 - c. Cualquier servicio realizado principalmente para mejorar la apariencia; o
 - d. Caracterizaciones y personalizaciones de dispositivos prostéticos.
 7. Control de infecciones, incluidas las técnicas de esterilización, entre otras.
 8. Cargos por tratamientos realizados por alguien que no es dentista, con excepción del raspado, la limpieza dental y la aplicación tópica de flúor, que pueden ser realizados por un higienista dental autorizado. El tratamiento debe realizarse bajo la supervisión y guía del dentista, de acuerdo con los estándares dentales generalmente aceptados.
 9. Cualquier servicio no indicado específicamente en su plan de beneficios.
 10. Cualquier servicio que determinemos que:
 - a. no sea una necesidad dental;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considera de carácter experimental o investigativo.
 11. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza (a menos que el servicio aparezca como elegible bajo la extensión de beneficios).
 12. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.

GEORGIA

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

1. Cualquier gasto en el que incurra y al que tenga derecho bajo cualquier ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional, ya sea que usted haya solicitado o no cobertura.
2. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
 - b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o

13. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
 14. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
 15. Anestesia local, irrigación, óxido nitroso, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, moldes de diagnóstico, planes de tratamiento, ajustes oclusivos, o preparación de tejidos asociada con la impresión o colocación de una restauración cuando se cobra como un servicio separado. Estos servicios se consideran parte integrante del servicio dental total.
 16. Anestesia general a menos que sea suministrada por un dentista conjuntamente con procedimientos quirúrgicos cubiertos para el tratamiento de problemas en las articulaciones de la mandíbula, según se contempla en este certificado. El manejo del paciente o su aprensión no constituyen una necesidad médica.
 17. Los servicios que se consideran generalmente como servicios médicos, excepto aquellos específicamente indicados como gastos cubiertos.
6. Cualquier servicio que consideremos de odontología estética a menos que sea necesario como consecuencia de una lesión accidental recibida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideramos que son cosméticos los siguientes procedimientos odontológicos:
 7. Carillas para coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los pilares) posterior al segundo bicúspide.
 8. Cualquier servicio para corregir deformaciones congénitas, a menos que sean para el tratamiento de anomalías congénitas de un dependiente recién nacido;
 9. Cualquier servicio realizado principalmente para mejorar la apariencia; o
 10. Caracterizaciones y personalizaciones de dispositivos prostéticos.
 11. Control de infecciones, incluidas las técnicas de esterilización, entre otras.
 12. Cargos por tratamientos realizados por alguien que no es dentista, con excepción del raspado, la limpieza dental y la aplicación tópica de flúor, que pueden ser realizados por un higienista dental autorizado. El tratamiento debe realizarse bajo la supervisión y guía del dentista, de acuerdo con los estándares dentales generalmente aceptados.
 13. Cualquier servicio no indicado específicamente en su plan de beneficios.
 14. Cualquier servicio que determinemos que:
 15. no sea una necesidad dental;
 16. no ofrezca una prognosis favorable;
 17. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 18. se considera de carácter experimental o investigativo.
 19. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza (a menos que el servicio aparezca como elegible bajo la extensión de beneficios).
 20. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
 21. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
 22. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
 23. Anestesia local, irrigación, óxido nitroso, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, planes de tratamiento, ajustes oclusivos, o preparación de tejidos asociada con la impresión o colocación de una restauración cuando se cobra como un servicio separado. Estos servicios se consideran parte integrante del servicio dental total.

IDAHO

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

1. Cualquier gasto en el que incurra y al que tenga derecho bajo cualquier ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional, ya sea que usted haya solicitado o no cobertura.
2. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
 - b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
3. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
 - c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
5. No acudir a una cita con el dentista.

ILLINOIS

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

1. Cualquier gasto en el que incurra y al que tenga derecho bajo cualquier ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional, ya sea que usted haya solicitado o no cobertura, a menos que usted sea socio o único dueño del plan de grupo, y no eligió tener cobertura bajo la ley de compensación laboral.
2. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
 - b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
3. Cualquier pérdida causada por:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
 - c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
5. No acudir a una cita con el dentista.
6. Cualquier servicio que consideremos de odontología estética a menos que sea necesario como consecuencia de una lesión accidental recibida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideramos que son cosméticos los siguientes procedimientos odontológicos:
 - a. Carillas para coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los pilares) posterior al segundo bicúspide.
 - b. Cualquier servicio para corregir deformaciones congénitas;
 - c. Cualquier servicio realizado principalmente para mejorar la apariencia; o
 - d. Caracterizaciones y personalizaciones de dispositivos prostéticos.
7. Control de infecciones, incluidas las técnicas de esterilización, entre otras.
8. Cargos por tratamientos realizados por alguien que no es dentista, con excepción del raspado, la limpieza dental y la aplicación tópica de flúor, que pueden ser realizados por un higienista dental autorizado. El tratamiento debe realizarse bajo la

- supervisión y guía del dentista, de acuerdo con los estándares dentales generalmente aceptados.
9. Cualquier servicio no indicado específicamente en su plan de beneficios.
10. Cualquier servicio que determinemos que:
 - a. no sea una necesidad dental;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considere de carácter experimental, exploratorio o con fines de investigación.
11. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza (a menos que el servicio aparezca como elegible bajo la extensión de beneficios).
12. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
13. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
14. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
15. Anestesia local, irrigación, óxido nitroso, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, planes de tratamiento, ajustes oclusivos, o preparación de tejidos asociada con la impresión o colocación de una restauración cuando se cobra como un servicio separado. Estos servicios se consideran parte integrante del servicio dental total.
16. Enfermedad o lesión corporal por la que hay un pago médico o cobertura de gastos proporcionada o pagadera bajo cualquier cobertura de seguro de automóviles, de propietario de viviendas o de instalaciones, o cualquier otra cobertura similar. Los pagos realizados por cualquier otra cobertura serán acreditados contra cualquier deducible por año calendario y coaseguro por el año en que la enfermedad o lesión corporal ocurrió inicialmente.

INDIANA

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

1. Cualquier gasto en el que incurra y al que tenga derecho bajo cualquier ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional, ya sea que usted haya solicitado o no cobertura.
2. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
 - b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o

- subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
- 3. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
 - c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
- 4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
- 5. No acudir a una cita con el dentista.
- 6. Cualquier servicio que consideremos de odontología estética a menos que sea necesario como consecuencia de una lesión accidental recibida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideramos que son cosméticos los siguientes procedimientos odontológicos:
 - a. Carillas para coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los pilares) posterior al segundo bicúspide.
 - b. Cualquier servicio para corregir deformaciones congénitas;
 - c. Cualquier servicio realizado principalmente para mejorar la apariencia; o
 - d. Caracterizaciones y personalizaciones de dispositivos prostéticos.
- 7. Control de infecciones, incluidas las técnicas de esterilización, entre otras.
- 8. Cargos por tratamientos realizados por alguien que no es dentista, con excepción del raspado, la limpieza dental y la aplicación tópica de flúor, que pueden ser realizados por un higienista dental autorizado. El tratamiento debe realizarse bajo la supervisión y guía del dentista, de acuerdo con los estándares dentales generalmente aceptados.
- 9. Cualquier servicio no indicado específicamente en su plan de beneficios.
- 10. Cualquier servicio que determinemos que:
 - a. no sea una necesidad dental;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considera de carácter experimental o investigativo.
- 11. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza (a menos que el servicio aparezca como elegible bajo la extensión de beneficios).
- 12. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
- 13. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.

- 14. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
- 15. Anestesia local, irrigación, óxido nítrico, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, planes de tratamiento, ajustes oclusivos, o preparación de tejidos asociada con la impresión o colocación de una restauración cuando se cobra como un servicio separado. Estos servicios se consideran parte integrante del servicio dental total.

IOWA

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

- 1. Cualquier gasto en el que incurra y al que tenga derecho bajo cualquier ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional, y por los cuales usted no solicitó cobertura.
- 2. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
 - b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
- 3. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
 - c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
- 4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
- 5. No acudir a una cita con el dentista.
- 6. Cualquier servicio que consideremos de odontología estética a menos que sea necesario como consecuencia de una lesión accidental recibida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideramos que son cosméticos los siguientes procedimientos odontológicos:
 - a. Carillas para coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los pilares) posterior al segundo bicúspide.
 - b. Cualquier servicio para corregir deformaciones congénitas;
 - c. Cualquier servicio realizado principalmente para mejorar la apariencia; o

- d. Caracterizaciones y personalizaciones de dispositivos prostéticos.
 - 7. Control de infecciones, incluidas las técnicas de esterilización, entre otras.
 - 8. Honorarios por tratamiento realizado por otra persona que no es dentista o por otro profesional de atención médica que ejerce su profesión en el ámbito de lo contemplado en su licencia. Un higienista dental autorizado puede realizar raspado y limpieza dental y la aplicación tópica de flúor. El tratamiento debe realizarse bajo la supervisión y guía del dentista, de acuerdo con los estándares dentales generalmente aceptados.
 - 9. Cualquier servicio no indicado específicamente en su plan de beneficios.
 - 10. Cualquier servicio que determinemos que:
 - a. no sea una necesidad dental;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considera de carácter experimental o investigativo.
 - 11. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza (a menos que el servicio aparezca como elegible bajo la extensión de beneficios).
 - 12. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
 - 13. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
 - 14. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
 - 15. Anestesia local, irrigación, óxido nitroso, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, planes de tratamiento, ajustes oclusivos, o preparación de tejidos asociada con la impresión o colocación de una restauración cuando se cobra como un servicio separado. Estos servicios se consideran parte integrante del servicio dental total.
- c. Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
- 3. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
 - c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
 - 4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
 - 5. No acudir a una cita con el dentista.
 - 6. Cualquier servicio que consideremos de odontología estética a menos que sea necesario como consecuencia de una lesión accidental recibida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideramos que son cosméticos los siguientes procedimientos odontológicos:
 - a. Carillas para coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los pilares) posterior al segundo bicúspide.
 - b. Cualquier servicio para corregir deformaciones congénitas;
 - c. Cualquier servicio realizado principalmente para mejorar la apariencia; o
 - d. Caracterizaciones y personalizaciones de dispositivos prostéticos.
 - 7. Control de infecciones, incluidas las técnicas de esterilización, entre otras.
 - 8. Cargos por tratamientos realizados por alguien que no es dentista, con excepción del raspado, la limpieza dental y la aplicación tópica de flúor, que pueden ser realizados por un higienista dental autorizado. El tratamiento debe realizarse bajo la supervisión y guía del dentista, de acuerdo con los estándares dentales generalmente aceptados.
 - 9. Cualquier servicio no indicado específicamente en su plan de beneficios.
 - 10. Cualquier servicio que determinemos que:
 - a. no sea una necesidad dental;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considera de carácter experimental o investigativo.
 - 11. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza (a menos que el servicio aparezca como elegible bajo la extensión de beneficios).
 - 12. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
 - 13. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
 - 14. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.

KANSAS

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

- 1. Cualquier gasto en el que incurra y al que tenga derecho bajo cualquier ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional, ya sea que usted haya solicitado o no cobertura.
- 2. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
 - b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o

15. Anestesia local, irrigación, óxido nítrico, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, planes de tratamiento, ajustes oclusivos, o preparación de tejidos asociada con la impresión o colocación de una restauración cuando se cobra como un servicio separado. Estos servicios se consideran parte integrante del servicio dental total.

KENTUCKY

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

1. Cualquier gasto que surja en el curso de cualquier ocupación o empleo con pago, ganancias o utilidades por los que se pagan o proporcionan beneficios bajo la ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional o que se mantenga durante el mismo.
2. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
 - b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
3. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
 - c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
5. No acudir a una cita con el dentista.
6. Cualquier servicio que consideremos de odontología estética a menos que sea necesario como consecuencia de una lesión accidental recibida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideramos que son cosméticos los siguientes procedimientos odontológicos:
 - a. Carillas para coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los pilares) posterior al segundo bicusípide.
 - b. Cualquier servicio para corregir deformaciones congénitas;
 - c. Cualquier servicio realizado principalmente para mejorar la apariencia; o

- d. Caracterizaciones y personalizaciones de dispositivos prostéticos.
7. Control de infecciones, incluidas las técnicas de esterilización, entre otras.
8. Cargos por tratamientos realizados por alguien que no es dentista, con excepción del raspado, la limpieza dental y la aplicación tópica de flúor, que pueden ser realizados por un higienista dental autorizado. El tratamiento debe realizarse bajo la supervisión y guía del dentista, de acuerdo con los estándares dentales generalmente aceptados.
9. Cualquier servicio no indicado específicamente en los beneficios de su plan.
10. Cualquier servicio que determinemos que:
 - a. no sea una necesidad dental;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considera de carácter experimental o investigativo.
11. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza (a menos que el servicio aparezca como elegible bajo la extensión de beneficios).
12. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
13. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
14. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
15. Anestesia local, irrigación, óxido nítrico, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, planes de tratamiento, ajustes oclusivos, o preparación de tejidos asociada con la impresión o colocación de una restauración cuando se cobra como un servicio separado. Estos servicios se consideran parte integrante del servicio dental total.

Cobertura adicional

No pagaremos beneficios por ninguna lesión accidental si existe otro seguro que proporcione pagos o cobertura de gastos, independientemente de si esa otra cobertura se describe como primaria, adicional o contingente. Si su reclamo contra otra aseguradora es denegado o parcialmente pagado, procesaremos su reclamo de acuerdo con los términos y condiciones de este certificado. Si realizamos un pago, usted accede a cedernos cualquier derecho que tenga contra la otra aseguradora por los gastos dentales que paguemos. Los pagos efectuados por la otra aseguradora serán acreditados a cualquier coaseguro aplicable o deducible por año calendario.

LOUISIANA

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

1. Cualquier gasto en el que incurra y al que tenga derecho bajo cualquier ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional, ya sea que usted haya solicitado o no cobertura.
2. Servicios:
 - a. Por los que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
 - b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
3. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
 - c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
5. No acudir a una cita con el dentista.
6. Cualquier servicio que consideremos de odontología estética a menos que sea necesario como consecuencia de una lesión accidental recibida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideramos que son cosméticos los siguientes procedimientos odontológicos:
 - a. Carillas para coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los pilares) posterior al segundo bicúspide.
 - b. Cualquier servicio para corregir deformaciones congénitas;
 - c. Cualquier servicio realizado principalmente para mejorar la apariencia; o
 - d. Caracterizaciones y personalizaciones de dispositivos prostéticos.
7. Cargos por:
 - a. Cualquier tipo de implante y todos los servicios relacionados, incluyendo coronas o el dispositivo prostético añadido a ésta.
 - b. Aditamentos de precisión o semi-precisión.
 - c. Sobredentaduras y cualquier tratamiento endodóntico asociado con sobredentaduras.
 - d. Otros aditamentos adaptados a la medida.
8. Cualquier servicio relacionado con:
 - a. Alteración de la dimensión vertical de los dientes;
 - b. Restauración o mantenimiento de una oclusión;
 - c. Dientes ferulizados, incluyendo múltiples pilares, o cualquier servicio para estabilizar dientes debilitados periodontalmente;
 - d. Reemplazo de estructuras de dientes perdidas como resultado de la abrasión, desgaste, erosión o abfracción; o
 - e. Registro de mordida o análisis de mordida.
9. Control de infecciones, incluidas las técnicas de esterilización, entre otras.
10. Honorarios por tratamiento realizado por otra persona que no es dentista o por otro profesional de atención médica que ejerce su profesión en el ámbito de lo contemplado en su licencia. El raspado o la limpieza de dientes y aplicación tópica de flúor pueden ser realizados por un higienista dental autorizado bajo la supervisión directa y la orientación del dentista según los estándares dentales generalmente aceptados.
11. Cualquier hospital, establecimiento quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anestesiólogo o anestesista.
12. Los medicamentos con receta médica o medicamentos previos a la anestesia, ya sean dispensados o recetados.
13. Cualquier servicio no indicado específicamente en los beneficios de su plan.
14. Cualquier servicio que determinemos que:
 - a. no sea una necesidad dental;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considera de carácter experimental o investigativo.
15. Servicios ortodónticos, a menos que se especifiquen en el resumen de sus beneficios.
16. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza (a menos que el servicio aparezca como elegible bajo la extensión de beneficios).
17. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
18. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
19. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
20. Anestesia local, irrigación, óxido nitroso, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, planes de tratamiento, ajustes oclusivos, o preparación de

tejidos asociada con la impresión o colocación de una restauración cuando se cobra como un servicio separado. Estos servicios se consideran parte integrante del servicio dental total.

21. Reparación y reemplazo de aparatos de ortodoncia.
22. Cualquier tratamiento quirúrgico o no quirúrgico para cualquier problema de articulación mandibular, incluso cualquier trastorno de articulación temporomandibular, cráneo-maxilar, cráneo-mandibular u otras afecciones de las articulaciones que unen la mandíbula y el cráneo; o el tratamiento de los músculos faciales usados en la expresión y la función de masticado, por síntomas que incluyen, entre otros, los dolores de cabeza.

Cobertura adicional

No pagaremos beneficios por ninguna lesión accidental si existe otro seguro que proporcione pagos o cobertura de gastos, independientemente de si esa otra cobertura se describe como primaria, adicional o contingente. Si su reclamo contra otra aseguradora es denegado o parcialmente pagado, procesaremos su reclamo de acuerdo con los términos y condiciones de este certificado. Si realizamos un pago, usted accede a cedernos cualquier derecho que tenga contra la otra aseguradora por los gastos dentales que paguemos. Los pagos efectuados por la otra aseguradora serán acreditados a cualquier coaseguro aplicable o deducible por año calendario.

MARYLAND

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

1. Cualquier gasto en el que incurra y al que tenga derecho bajo cualquier ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional, ya sea que usted haya solicitado o no cobertura.
2. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
 - b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
3. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o

- c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
5. No acudir a una cita con el dentista.
6. Cualquier servicio que consideremos de odontología estética a menos que sea necesario como consecuencia de una lesión accidental recibida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideramos que son cosméticos los siguientes procedimientos odontológicos:
 - a. Carillas para coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los pilares) posterior al segundo bicúspide.
 - b. Cualquier servicio para corregir deformaciones congénitas;
 - c. Cualquier servicio realizado principalmente para mejorar la apariencia; o
 - d. Caracterizaciones y personalizaciones de dispositivos protésicos.
7. Cargos por:
 - a. Cualquier tipo de implante y todos los servicios relacionados, incluso las coronas y sus dispositivos protésicos.
 - b. Aditamentos de precisión o semi-precisión.
 - c. Sobredentaduras y cualquier tratamiento endodóntico asociado con sobredentaduras.
 - d. Otros aditamentos adaptados a la medida.
8. Cualquier servicio relacionado con:
 - a. Alteración de la dimensión vertical de los dientes;
 - b. Restauración o mantenimiento de una oclusión;
 - c. Dientes ferulizados, incluyendo múltiples pilares, o cualquier servicio para estabilizar dientes debilitados periodontalmente;
 - d. Reemplazo de estructuras de dientes perdidas como resultado de la abrasión, desgaste, erosión o abfracción; o
 - e. Registro de mordida o análisis de mordida.
9. Control de infecciones, incluidas las técnicas de esterilización, entre otras.
10. Honorarios por tratamiento realizado por otra persona que no es dentista o por otro proveedor de atención médica autorizado ejerciendo en el ámbito de lo contemplado en su licencia. El raspado o la limpieza de dientes y aplicación tópica de flúor deben ser realizados por un higienista dental autorizado bajo la supervisión directa y la orientación del dentista según los estándares dentales generalmente aceptados.
11. Cualquier hospital, establecimiento quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anestesiólogo o anestesista.

12. Los medicamentos con receta médica o medicamentos previos a la anestesia, ya sean dispensados o recetados.
13. Cualquier servicio no indicado específicamente en los beneficios de su plan.
14. Cualquier servicio que determinemos que:
 - a. no sea una necesidad dental;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considera de carácter experimental o investigativo.
15. Servicios ortodónticos, a menos que se especifiquen en el resumen de sus beneficios.
16. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza (a menos que el servicio aparezca como elegible bajo la extensión de beneficios).
17. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
18. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
19. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
20. Anestesia local, irrigación, óxido nítrico, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, planes de tratamiento, ajustes oclusivos, o preparación de tejidos asociada con la impresión o colocación de una restauración cuando se cobra como un servicio separado. Estos servicios se consideran parte integrante del servicio dental total.
21. Reparación y reemplazo de aparatos de ortodoncia.
22. Cualquier tratamiento quirúrgico o no quirúrgico para cualquier problema de articulación mandibular, incluso cualquier trastorno de articulación temporomandibular, cráneo-maxilar, cráneo-mandibular u otras afecciones de las articulaciones que unen la mandíbula y el cráneo; o el tratamiento de los músculos faciales usados en la expresión y la función de masticado, por síntomas que incluyen, entre otros, los dolores de cabeza.
23. Los servicios que sean proporcionados como resultado de una remisión prohibida. Para esta disposición, una remisión prohibida es cualquier remisión prohibida según el artículo 1-302 o su modificación, del código de ocupaciones en el área de salud de Maryland.

Cobertura adicional

No pagaremos beneficios por ninguna lesión accidental si existe otro seguro que proporcione pagos o cobertura de gastos, independientemente de si esa otra cobertura se describe como primaria, adicional o contingente. Si su reclamo contra otra aseguradora es denegado o parcialmente pagado, procesaremos su reclamo de acuerdo con los términos y condiciones de este certificado. Si

realizamos un pago, usted accede a cedernos cualquier derecho que tenga contra la otra aseguradora por los gastos dentales que paguemos. Los pagos efectuados por la otra aseguradora serán acreditados a cualquier coaseguro aplicable o deducible por año calendario.

MINNESOTA

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

1. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
2. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
 - c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
3. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
4. No acudir a una cita con el dentista.
5. Cualquier servicio que consideremos de odontología estética a menos que sea necesario como consecuencia de una lesión accidental recibida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideramos que son cosméticos los siguientes procedimientos odontológicos:
 - a. Carillas para coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los pilares) posterior al segundo bicúspide.
 - b. Cualquier servicio para corregir una deformación congénita, a menos que usted sea un niño dependiente con cobertura;
 - c. Cualquier servicio realizado principalmente para mejorar la apariencia; o
 - d. Caracterizaciones y personalizaciones de dispositivos prostéticos.
6. Cargos por:
 - a. Cualquier tipo de implante y todos los servicios relacionados, incluso las coronas y sus dispositivos prostéticos.
 - b. Aditamentos de precisión o semi-precisión.
 - c. Sobredentaduras y cualquier tratamiento endodóntico asociado con sobredentaduras.
 - d. Otros aditamentos adaptados a la medida.
7. Cualquier servicio relacionado con:
 - a. Alteración de la dimensión vertical de los dientes;

- b. Restauración o mantenimiento de una oclusión;
 - c. Dientes ferulizados, incluyendo múltiples pilares, o cualquier servicio para estabilizar dientes debilitados periodontalmente;
 - d. Reemplazo de estructuras de dientes perdidas como resultado de la abrasión, desgaste, erosión o abfracción; o
 - e. Registro de mordida o análisis de mordida.
8. Control de infecciones, incluidas las técnicas de esterilización, entre otras.
 9. Cargos por tratamientos realizados por alguien que no es dentista, con excepción del raspado, la limpieza dental y la aplicación tópica de flúor, que pueden ser realizados por un higienista dental autorizado. El tratamiento debe realizarse bajo la supervisión y guía del dentista, de acuerdo con los estándares dentales generalmente aceptados.
 10. Cualquier hospital, establecimiento quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anesthesiólogo o anestesista.
 11. Los medicamentos con receta médica o medicamentos previos a la anestesia, ya sean dispensados o recetados.
 12. Cualquier servicio no indicado específicamente en los beneficios de su plan.
 13. Cualquier servicio que determinemos que:
 - a. no sea una necesidad dental;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considera de carácter experimental o investigativo.
 14. Servicios ortodónticos, a menos que se especifiquen en el resumen de sus beneficios.
 15. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza (a menos que el servicio aparezca como elegible bajo la extensión de beneficios).
 16. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
 17. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
 18. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
 19. Anestesia local, irrigación, óxido nitroso, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, planes de tratamiento, ajustes oclusivos, o preparación de tejidos asociada con la impresión o colocación de una restauración cuando se cobra como un servicio separado. Estos servicios se consideran parte integrante del servicio dental total.
 20. Reparación y reemplazo de aparatos de ortodoncia.

MISSOURI

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

1. Cualquier gasto en el que incurra y al que tenga derecho bajo cualquier ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional, ya sea que usted haya solicitado o no cobertura.
2. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
 - b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Proporcionado mientras está confinado en un hospital o institución que sea propiedad o esté operada por el gobierno estadounidense o por cualquiera de sus agencias por cualquier enfermedad o lesión corporal relacionada con el servicio, a menos que usted tenga legalmente que pagar en ausencia del seguro.
3. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
 - c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
5. No acudir a una cita con el dentista.
6. Cualquier servicio que consideremos de odontología estética a menos que sea necesario como consecuencia de una lesión accidental recibida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideramos que son cosméticos los siguientes procedimientos odontológicos:
 - a. Carillas para coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los pilares) posterior al segundo bicúspide.
 - b. Cualquier servicio para corregir deformaciones congénitas;
 - c. Cualquier servicio realizado principalmente para mejorar la apariencia; o
 - d. Caracterizaciones y personalizaciones de dispositivos prostéticos.
7. Cargos por:
 - a. Cualquier tipo de implante y todos los servicios relacionados, incluso las coronas y sus dispositivos prostéticos.
 - b. Aditamentos de precisión o semi-precisión.

- c. Sobredentaduras y cualquier tratamiento endodóntico asociado con sobredentaduras.
 - d. Otros aditamentos adaptados a la medida.
8. Cualquier servicio relacionado con:
 - a. Alteración de la dimensión vertical de los dientes;
 - b. Restauración o mantenimiento de una oclusión;
 - c. Dientes ferulizados, incluyendo múltiples pilares, o cualquier servicio para estabilizar dientes debilitados periodontalmente;
 - d. Reemplazo de estructuras de dientes perdidas como resultado de la abrasión, desgaste, erosión o abfracción; o
 - e. Registro de mordida o análisis de mordida.
 9. Control de infecciones, incluidas las técnicas de esterilización, entre otras.
 10. Cargos por tratamientos realizados por alguien que no es dentista, con excepción del raspado, la limpieza dental y la aplicación tópica de flúor, que pueden ser realizados por un higienista dental autorizado. El tratamiento debe realizarse bajo la supervisión y guía del dentista, de acuerdo con los estándares dentales generalmente aceptados.
 11. Cualquier hospital, establecimiento quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anestesiólogo o anestesta.
 12. Los medicamentos con receta médica o medicamentos previos a la anestesia, ya sean dispensados o recetados.
 13. Cualquier servicio no indicado específicamente en su plan de beneficios.
 14. Cualquier servicio que determinemos que:
 - a. no sea una necesidad dental;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considera de carácter experimental o investigativo.
 15. Servicios ortodónticos, a menos que se especifiquen en el resumen de sus beneficios.
 16. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza (a menos que el servicio aparezca como elegible bajo la extensión de beneficios).
 17. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
 18. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
 19. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
 20. Anestesia local, irrigación, óxido nitroso, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, planes de tratamiento, ajustes oclusivos, o preparación de tejidos asociada con la impresión o colocación de una restauración cuando se cobra como un

servicio separado. Estos servicios se consideran parte integrante del servicio dental total.

21. Reparación y reemplazo de aparatos de ortodoncia.
22. Cualquier tratamiento quirúrgico o no quirúrgico para cualquier problema de articulación mandibular, incluso cualquier trastorno de articulación temporomandibular, cráneo-maxilar, cráneo-mandibular u otras afecciones de las articulaciones que unen la mandíbula y el cráneo; o el tratamiento de los músculos faciales usados en la expresión y la función de masticado, por síntomas que incluyen, entre otros, los dolores de cabeza.

NORTH CAROLINA

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

1. Servicios o suministros para el tratamiento de una enfermedad o lesión ocupacional que se paga bajo la ley de compensación laboral de North Carolina, solo en la medida en que tales servicios o suministros son responsabilidad del empleado, empleador o de la aseguradora de compensación laboral, de acuerdo a una adjudicación final según la ley de compensación laboral de North Carolina o una orden de la Comisión Industrial de North Carolina en la que se aprueba un acuerdo bajo la ley de compensación laboral de North Carolina.
2. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
 - b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
3. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
 - c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
5. No acudir a una cita con el dentista.
6. Cualquier servicio que consideremos de odontología estética a menos que sea necesario como consecuencia de una lesión accidental recibida mientras usted está cubierto por esta

- póliza. Consideramos que son cosméticos los siguientes procedimientos odontológicos:
- a. Carillas para coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los pilares) posterior al segundo bicúspide.
 - b. Cualquier servicio para corregir deformaciones congénitas; a menos que usted sea un niño de pendiente cubierto bajo la póliza desde el nacimiento en el hogar adoptivo o de acogida.
 - c. Cualquier servicio realizado principalmente para mejorar la apariencia; o
 - d. Caracterizaciones y personalizaciones de dispositivos prostéticos.
7. Cargos por:
 - a. Cualquier tipo de implante y todos los servicios relacionados, incluso las coronas y sus dispositivos prostéticos.
 - b. Aditamentos de precisión o semi-precisión.
 - c. Sobredentaduras y cualquier tratamiento endodóntico asociado con sobredentaduras.
 - d. Otros aditamentos adaptados a la medida.
 8. Cualquier servicio relacionado con:
 - a. Alteración de la dimensión vertical de los dientes;
 - b. Restauración o mantenimiento de una oclusión;
 - c. Dientes ferulizados, incluyendo múltiples pilares, o cualquier servicio para estabilizar dientes debilitados periodontalmente;
 - d. Reemplazo de estructuras de dientes perdidas como resultado de la abrasión, desgaste, erosión o abfracción; o
 - e. Registro de mordida o análisis de mordida.
 9. Control de infecciones, incluidas las técnicas de esterilización, entre otras.
 10. Cargos por tratamientos realizados por alguien que no es dentista, con excepción del raspado, la limpieza dental y la aplicación tópica de flúor, que pueden ser realizados por un higienista dental autorizado. El tratamiento debe realizarse bajo la supervisión y guía del dentista, de acuerdo con los estándares dentales generalmente aceptados.
 11. Cualquier hospital, establecimiento quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anesthesiólogo o anestesista.
 12. Los medicamentos con receta médica o medicamentos previos a la anestesia, ya sean dispensados o recetados.
 13. Cualquier servicio no indicado específicamente en su plan de beneficios.
 14. Cualquier servicio que determinemos que:
 - a. no sea una necesidad dental;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considera de carácter experimental o investigativo.
 15. Servicios ortodónticos, a menos que se especifiquen en el resumen de sus beneficios.
 16. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza (a menos que el servicio aparezca como elegible bajo la extensión de beneficios).
 17. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
 18. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
 19. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
 20. Anestesia local, irrigación, óxido nitroso, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, planes de tratamiento, ajustes oclusivos, o preparación de tejidos asociada con la impresión o colocación de una restauración cuando se cobra como un servicio separado. Estos servicios se consideran parte integrante del servicio dental total.
 21. Reparación y reemplazo de aparatos de ortodoncia.
 22. Cualquier tratamiento quirúrgico o no quirúrgico para cualquier problema de articulación mandibular, incluso cualquier trastorno de articulación temporomandibular, cráneo-maxilar, cráneo-mandibular u otras afecciones de las articulaciones que unen la mandíbula y el cráneo; o el tratamiento de los músculos faciales usados en la expresión y la función de masticado, por síntomas que incluyen, entre otros, los dolores de cabeza.

NORTH DAKOTA

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

1. Cualquier gasto en el que incurra y al que tenga derecho bajo cualquier ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional, ya sea que usted haya solicitado o no cobertura.
2. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
 - b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.

3. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
 - c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
5. No acudir a una cita con el dentista.
6. Cualquier servicio que consideremos de odontología estética a menos que sea necesario como consecuencia de una lesión accidental recibida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideramos que son cosméticos los siguientes procedimientos odontológicos:
 - a. Carillas para coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los pilares) posterior al segundo bicúspide.
 - b. Cualquier servicio para corregir deformaciones congénitas;
 - c. Cualquier servicio realizado principalmente para mejorar la apariencia; o
 - d. Caracterizaciones y personalizaciones de dispositivos prostéticos.
7. Cargos por:
 - a. Cualquier tipo de implante y todos los servicios relacionados, incluso las coronas y sus dispositivos prostéticos.
 - b. Aditamentos de precisión o semi-precisión.
 - c. Sobredentaduras y cualquier tratamiento endodóntico asociado con sobredentaduras.
 - d. Otros aditamentos adaptados a la medida.
8. Cualquier servicio relacionado con:
 - a. Alteración de la dimensión vertical de los dientes;
 - b. Restauración o mantenimiento de una oclusión;
 - c. Dientes ferulizados, incluyendo múltiples pilares, o cualquier servicio para estabilizar dientes debilitados periodontalmente;
 - d. Reemplazo de estructuras de dientes perdidas como resultado de la abrasión, desgaste, erosión o abfracción; o
 - e. Registro de mordida o análisis de mordida.
9. Control de infecciones, incluidas las técnicas de esterilización, entre otras.
10. Cargos por tratamientos realizados por alguien que no es dentista, con excepción del raspado, la limpieza dental y la aplicación tópica de flúor, que pueden ser realizados por un higienista dental autorizado. El tratamiento debe realizarse bajo la supervisión y guía del dentista, de acuerdo con los estándares dentales generalmente aceptados.
11. Cualquier hospital, establecimiento quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anesthesiólogo o anestesista.
12. Los medicamentos con receta médica o medicamentos previos a la anestesia, ya sean dispensados o recetados.
13. Cualquier servicio no indicado específicamente en su plan de beneficios.
14. Cualquier servicio que determinemos que:
 - a. no sea una necesidad dental;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considere de carácter experimental o investigativo.
15. Servicios ortodónticos, a menos que se especifiquen en el resumen de sus beneficios.
16. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza (a menos que el servicio aparezca como elegible bajo la extensión de beneficios).
17. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
18. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
19. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
20. Anestesia local, irrigación, óxido nitroso, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, planes de tratamiento, ajustes oclusivos, o preparación de tejidos asociada con la impresión o colocación de una restauración cuando se cobra como un servicio separado. Estos servicios se consideran parte integrante del servicio dental total.
21. Reparación y reemplazo de aparatos de ortodoncia.
22. Cualquier tratamiento quirúrgico o no quirúrgico para cualquier problema de articulación mandibular, incluso cualquier trastorno de articulación temporomandibular, cráneo-maxilar, cráneo-mandibular u otras afecciones de las articulaciones que unen la mandíbula y el cráneo; o el tratamiento de los músculos faciales usados en la expresión y la función de masticado, por síntomas que incluyen, entre otros, los dolores de cabeza.

Cobertura adicional

No pagaremos beneficios por ninguna lesión accidental si existe otro seguro que proporcione pagos o cobertura de gastos, independientemente de si esa otra cobertura se describe como primaria, adicional o contingente. Si su reclamo contra otra aseguradora es denegado o parcialmente pagado, procesaremos su reclamo de acuerdo con los términos y condiciones de este certificado. Si realizamos un pago, usted accede a cedernos cualquier derecho que tenga contra la otra aseguradora por los gastos dentales que paguemos. Los pagos efectuados por la otra

aseguradora serán acreditados a cualquier coaseguro aplicable o deducible por año calendario.

OHIO

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

1. Cualquier gasto en el que incurra y al que tenga derecho bajo cualquier ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional, ya sea que usted haya solicitado o no cobertura.
2. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
 - b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
3. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
 - c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
5. No acudir a una cita con el dentista.
6. Cualquier servicio que consideremos de odontología estética a menos que sea necesario como consecuencia de una lesión accidental recibida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideramos que son cosméticos los siguientes procedimientos odontológicos:
 - a. Carillas para coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los pilares) posterior al segundo bicúspide.
 - b. Cualquier servicio para corregir deformaciones congénitas;
 - c. Cualquier servicio realizado principalmente para mejorar la apariencia; o
 - d. Caracterizaciones y personalizaciones de dispositivos prostéticos.
7. Cargos por:
 - a. Cualquier tipo de implante y todos los servicios relacionados, incluso las coronas y sus dispositivos prostéticos.
 - b. Aditamentos de precisión o semi-precisión.
 - c. Sobredentaduras y cualquier tratamiento endodóntico asociado con sobredentaduras.
 - d. Otros aditamentos adaptados a la medida.
8. Cualquier servicio relacionado con:
 - a. Alteración de la dimensión vertical de los dientes;
 - b. Restauración o mantenimiento de una oclusión;
 - c. Dientes ferulizados, incluyendo múltiples pilares, o cualquier servicio para estabilizar dientes debilitados periodontalmente;
 - d. Reemplazo de estructuras de dientes perdidas como resultado de la abrasión, desgaste, erosión o abfracción; o
 - e. Registro de mordida o análisis de mordida.
9. Control de infecciones, incluidas las técnicas de esterilización, entre otras.
10. Cargos por tratamientos realizados por alguien que no es dentista, con excepción del raspado, la limpieza dental y la aplicación tópica de flúor, que pueden ser realizados por un higienista dental autorizado. El tratamiento debe realizarse bajo la supervisión y guía del dentista, de acuerdo con los estándares dentales generalmente aceptados.
11. Cualquier hospital, establecimiento quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anesiólogo o anesista.
12. Los medicamentos con receta médica o medicamentos previos a la anestesia, ya sean dispensados o recetados.
13. Cualquier servicio no indicado específicamente en los beneficios de su plan.
14. Cualquier servicio que determinemos que:
 - a. no sea una necesidad dental;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considera de carácter experimental o investigativo.
15. Servicios ortodónticos, a menos que se especifiquen en el resumen de sus beneficios.
16. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza (a menos que el servicio aparezca como elegible bajo la extensión de beneficios).
17. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
18. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
19. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
20. Anestesia local, irrigación, óxido nitroso, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, planes de tratamiento, ajustes oclusivos, o preparación de tejidos asociada con la impresión o colocación de una restauración cuando se cobra como un

servicio separado. Estos servicios se consideran parte integrante del servicio dental total.

21. Reparación y reemplazo de aparatos de ortodoncia.
22. Cualquier tratamiento quirúrgico o no quirúrgico para cualquier problema de articulación mandibular, incluso cualquier trastorno de articulación temporomandibular, cráneo-maxilar, cráneo-mandibular u otras afecciones de las articulaciones que unen la mandíbula y el cráneo; o el tratamiento de los músculos faciales usados en la expresión y la función de masticado, por síntomas que incluyen, entre otros, los dolores de cabeza.

OKLAHOMA

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

1. Cualquier gasto en el que incurra y al que tenga derecho bajo cualquier ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional, ya sea que usted haya solicitado o no cobertura.
2. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
 - b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
3. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. Una guerra o acto de guerra, ya sea o no declarada, mientras presta servicio militar o en una unidad auxiliar de éste.
4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
5. No acudir a una cita con el dentista.
6. Cualquier servicio que consideremos de odontología estética a menos que sea necesario como consecuencia de una lesión accidental recibida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideramos que son cosméticos los siguientes procedimientos odontológicos:
 - a. Carillas para coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los pilares) posterior al segundo bicúspide.
 - b. Cualquier servicio para corregir deformaciones congénitas;
 - c. Cualquier servicio realizado principalmente para mejorar la apariencia; o
 - d. Caracterizaciones y personalizaciones de dispositivos protéticos.
7. Cargos por:
 - a. Cualquier tipo de implante y todos los servicios relacionados, incluso las coronas y sus dispositivos protéticos.
 - b. Aditamentos de precisión o semi-precisión.
 - c. Sobredentaduras y cualquier tratamiento endodóntico asociado con sobredentaduras.
 - d. Otros aditamentos adaptados a la medida.
8. Cualquier servicio relacionado con:
 - a. Alteración de la dimensión vertical de los dientes;
 - b. Restauración o mantenimiento de una oclusión;
 - c. Dientes ferulizados, incluyendo múltiples pilares, o cualquier servicio para estabilizar dientes debilitados periodontalmente;
 - d. Reemplazo de estructuras de dientes perdidas como resultado de la abrasión, desgaste, erosión o abfracción; o
 - e. Registro de mordida o análisis de mordida.
9. Control de infecciones, incluidas las técnicas de esterilización, entre otras.
10. Cargos por tratamientos realizados por alguien que no es dentista, con excepción del raspado, la limpieza dental y la aplicación tópica de flúor, que pueden ser realizados por un higienista dental autorizado. El tratamiento debe realizarse bajo la supervisión y guía del dentista, de acuerdo con los estándares dentales generalmente aceptados.
11. Cualquier hospital, establecimiento quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anesthesiólogo o anestesista.
12. Los medicamentos con receta médica o medicamentos previos a la anestesia, ya sean dispensados o recetados.
13. Cualquier servicio no indicado específicamente en su plan de beneficios.
14. Cualquier servicio que determinemos que:
 - a. no sea una necesidad dental;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considera de carácter experimental o investigativo.
15. Servicios ortodónticos, a menos que se especifiquen en el resumen de sus beneficios.
16. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza (a menos que el servicio aparezca como elegible bajo la extensión de beneficios).
17. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
18. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.

19. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
20. Anestesia local, irrigación, óxido nítrico, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, planes de tratamiento, ajustes oclusivos, o preparación de tejidos asociada con la impresión o colocación de una restauración cuando se cobra como un servicio separado. Estos servicios se consideran parte integrante del servicio dental total.
21. Reparación y reemplazo de aparatos de ortodoncia.
22. Cualquier tratamiento quirúrgico o no quirúrgico para cualquier problema de articulación mandibular, incluso cualquier trastorno de articulación temporomandibular, cráneo-maxilar, cráneo-mandibular u otras afecciones de las articulaciones que unen la mandíbula y el cráneo; o el tratamiento de los músculos faciales usados en la expresión y la función de masticado, por síntomas que incluyen, entre otros, los dolores de cabeza.

Cobertura adicional

No pagaremos beneficios por ninguna lesión accidental si existe otro seguro que proporcione pagos o cobertura de gastos, independientemente de si esa otra cobertura se describe como primaria, adicional o contingente. Si su reclamo contra otra aseguradora es denegado o parcialmente pagado, procesaremos su reclamo de acuerdo con los términos y condiciones de este certificado. Si realizamos un pago, usted accede a cedernos cualquier derecho que tenga contra la otra aseguradora por los gastos dentales que paguemos. Los pagos efectuados por la otra aseguradora serán acreditados a cualquier coaseguro aplicable o deducible por año calendario.

PENNSYLVANIA

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

1. Cualquier gasto que surja en el curso de cualquier ocupación o empleo con pago, ganancias o utilidades para el que existe cobertura bajo la ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional o que se mantenga durante el mismo..
2. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
 - b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por

3. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
 - c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
5. No acudir a una cita con el dentista.
6. Cualquier servicio que consideremos de odontología estética a menos que sea necesario como consecuencia de una lesión accidental recibida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideramos que son cosméticos los siguientes procedimientos odontológicos:
 - a. Carillas para coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los pilares) posterior al segundo bicúspide.
 - b. Cualquier servicio para corregir deformaciones congénitas;
 - c. Cualquier servicio realizado principalmente para mejorar la apariencia; o
 - d. Caracterizaciones y personalizaciones de dispositivos protésicos.
7. Cargos por:
 - a. Cualquier tipo de implante y todos los servicios relacionados, incluso las coronas y sus dispositivos protésicos.
 - b. Aditamentos de precisión o semi-precisión.
 - c. Sobredentaduras y cualquier tratamiento endodóntico asociado con sobredentaduras.
 - d. Otros aditamentos adaptados a la medida.
8. Cualquier servicio relacionado con:
 - a. Alteración de la dimensión vertical de los dientes;
 - b. Restauración o mantenimiento de una oclusión;
 - c. Dientes ferulizados, incluyendo múltiples pilares, o cualquier servicio para estabilizar dientes debilitados periodontalmente;
 - d. Reemplazo de estructuras de dientes perdidas como resultado de la abrasión, desgaste, erosión o abfracción; o
 - e. Registro de mordida o análisis de mordida.
9. Control de infecciones, incluidas las técnicas de esterilización, entre otras.
10. Cargos por tratamientos realizados por alguien que no es dentista, con excepción del raspado, la limpieza dental y la aplicación tópica de flúor, que pueden ser realizados por un higienista dental autorizado. El tratamiento debe realizarse bajo la

- supervisión y guía del dentista, de acuerdo con los estándares dentales generalmente aceptados.
11. Cualquier hospital, establecimiento quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anestesiólogo o anestesta.
 12. Los medicamentos con receta médica o medicamentos previos a la anestesia, ya sean dispensados o recetados.
 13. Cualquier servicio no indicado específicamente en los beneficios de su plan.
 14. Cualquier servicio que determinemos que:
 - a. no sea una necesidad dental;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considera de carácter experimental o investigativo.
 15. Servicios ortodónticos, independientemente de la razón por la que se recomiendan los servicios o se suministra el tratamiento, a menos que el resumen de beneficios los especifique.
 16. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza (a menos que el servicio aparezca como elegible bajo la extensión de beneficios).
 17. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
 18. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
 19. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
 20. Anestesia local, irrigación, óxido nítrico, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, planes de tratamiento, ajustes oclusivos, o preparación de tejidos asociada con la impresión o colocación de una restauración cuando se cobra como un servicio separado. Estos servicios se consideran parte integrante del servicio dental total.
 21. Reparación y reemplazo de aparatos de ortodoncia.
 22. Cualquier tratamiento quirúrgico o no quirúrgico para cualquier problema de articulación mandibular, incluso cualquier trastorno de articulación temporomandibular, cráneo-maxilar, cráneo-mandibular u otras afecciones de las articulaciones que unen la mandíbula y el cráneo; o el tratamiento de los músculos faciales usados en la expresión y la función de masticado, por síntomas que incluyen, entre otros, los dolores de cabeza.

Cobertura adicional

No pagaremos beneficios por ninguna lesión accidental si existe otro seguro que proporcione pagos o cobertura de gastos, independientemente de si esa otra cobertura se describe como primaria, adicional o contingente. Si su reclamo contra otra aseguradora es denegado o parcialmente pagado, procesaremos su reclamo de acuerdo con los términos y condiciones de este certificado. Si

realizamos un pago, usted accede a cedernos cualquier derecho que tenga contra la otra aseguradora por los gastos dentales que paguemos. Los pagos efectuados por la otra aseguradora serán acreditados a cualquier coaseguro aplicable o deducible por año calendario.

Ley de responsabilidad financiera para vehículos de motor de Pennsylvania

No se pagan beneficios conforme a esta póliza hasta que todos los beneficios a los que tenga derecho a cobertura bajo la Ley de responsabilidad financiera para vehículos de motor de Pennsylvania (o sus enmiendas) hayan sido agotados. Cualquier beneficio a su disposición conforme a esta póliza será adicional, y no una duplicación de cualquier cobertura disponible conforme a la Ley de responsabilidad financiera para vehículos de motor de Pennsylvania.

SOUTH CAROLINA

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

1. Cualquier gasto incurrido que surgió en el curso de cualquier ocupación o empleo con pago, ganancias o utilidades por los que se pagan o proporcionan beneficios bajo la ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional o se mantuvo durante el mismo.
2. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
 - b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
3. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
 - c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
5. No acudir a una cita con el dentista.
6. Cualquier servicio que consideremos de odontología estética a menos que sea necesario como consecuencia de una lesión accidental recibida mientras usted está cubierto por esta

- póliza. Consideramos que son cosméticos los siguientes procedimientos odontológicos:
- a. Carillas para coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los pilares) posterior al segundo bicúspide.
 - b. Cualquier servicio para corregir deformaciones congénitas;
 - c. Cualquier servicio realizado principalmente para mejorar la apariencia; o
 - d. Caracterizaciones y personalizaciones de dispositivos prostéticos.
7. Control de infecciones, incluidas las técnicas de esterilización, entre otras.
 8. Cargos por tratamientos realizados por alguien que no es dentista, con excepción del raspado, la limpieza dental y la aplicación tópica de flúor, que pueden ser realizados por un higienista dental autorizado. El tratamiento debe realizarse bajo la supervisión y guía del dentista, de acuerdo con los estándares dentales generalmente aceptados.
 9. Cualquier servicio no indicado específicamente en su plan de beneficios.
 10. Cualquier servicio que determinemos que:
 - a. no sea una necesidad dental;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considera de carácter experimental o investigativo.
 11. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza (a menos que el servicio aparezca como elegible bajo la extensión de beneficios).
 12. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
 13. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
 14. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
 15. Anestesia local, irrigación, óxido nítrico, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, planes de tratamiento, ajustes oclusivos, o preparación de tejidos asociada con la impresión o colocación de una restauración cuando se cobra como un servicio separado. Estos servicios se consideran parte integrante del servicio dental total.
- recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
- b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Proporcionado por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense u operado por éste por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
3. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
 - c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
 4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
 5. No acudir a una cita con el dentista.
 6. Cualquier servicio que consideremos de odontología estética a menos que sea necesario como consecuencia de una lesión accidental recibida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideramos que son cosméticos los siguientes procedimientos odontológicos:
 - a. Carillas para coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los pilares) posterior al segundo bicúspide.
 - b. Cualquier servicio para corregir deformaciones congénitas;
 - c. Cualquier servicio realizado principalmente para mejorar la apariencia; o
 - d. Caracterizaciones y personalizaciones de dispositivos prostéticos.
 7. Control de infecciones, incluidas las técnicas de esterilización, entre otras.
 8. Cargos por tratamientos realizados por alguien que no es dentista, con excepción del raspado, la limpieza dental y la aplicación tópica de flúor, que pueden ser realizados por un higienista dental autorizado. El tratamiento debe realizarse bajo la supervisión y guía del dentista, de acuerdo con los estándares dentales generalmente aceptados.
 9. Cualquier servicio no indicado específicamente en su plan de beneficios.
 10. Cualquier servicio que determinemos que:
 - a. no sea una necesidad dental;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considera de carácter experimental o investigativo.
 11. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura

SOUTH DAKOTA

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

1. Cualquier gasto incurrido por los que se pagan beneficios bajo cualquier ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional.
2. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean

- bajo esta póliza (a menos que el servicio aparezca como elegible bajo la extensión de beneficios).
12. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
 13. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
 14. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
 15. Anestesia local, irrigación, óxido nitroso, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, planes de tratamiento, ajustes oclusivos, o preparación de tejidos asociada con la impresión o colocación de una restauración cuando se cobra como un servicio separado. Estos servicios se consideran parte integrante del servicio dental total.

Cobertura adicional

No pagaremos beneficios por ninguna lesión accidental si existe otro seguro que proporcione pagos o cobertura de gastos, independientemente de si esa otra cobertura se describe como primaria, adicional o contingente. Si su reclamo contra otra aseguradora es denegado o parcialmente pagado, procesaremos su reclamo de acuerdo con los términos y condiciones de este certificado. Si realizamos un pago, usted accede a cedernos cualquier derecho que tenga contra la otra aseguradora por los gastos dentales que paguemos. Los pagos efectuados por la otra aseguradora serán acreditados a cualquier coaseguro aplicable o deducible por año calendario.

TEXAS

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

1. Cualquier gasto en el que incurra y al que tenga derecho bajo cualquier ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional, ya sea que usted haya solicitado o no cobertura.
2. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
 - b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
3. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
 - c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
5. No acudir a una cita con el dentista.
6. Cualquier servicio que consideremos de odontología estética a menos que sea necesario como consecuencia de una lesión accidental recibida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideramos que son cosméticos los siguientes procedimientos odontológicos:
 - a. Carillas para coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los pilares) posterior al segundo bicúspide.
 - b. Cualquier servicio para corregir deformaciones congénitas;
 - c. Cualquier servicio realizado principalmente para mejorar la apariencia; o
 - d. Caracterizaciones y personalizaciones de dispositivos protésicos.
7. Control de infecciones, incluidas las técnicas de esterilización, entre otras.
8. Cargos por tratamientos realizados por alguien que no es dentista, con excepción del raspado, la limpieza dental y la aplicación tópica de flúor, que pueden ser realizados por un higienista dental autorizado. El tratamiento debe realizarse bajo la supervisión y guía del dentista, de acuerdo con los estándares dentales generalmente aceptados.
9. Cualquier servicio no indicado específicamente en su plan de beneficios.
10. Cualquier servicio que determinemos que:
 - a. no sea una necesidad dental;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considera de carácter experimental o investigativo.
11. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza (a menos que el servicio aparezca como elegible bajo la extensión de beneficios).
12. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
13. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
14. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
15. Anestesia local, irrigación, óxido nitroso, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, planes de tratamiento, ajustes oclusivos, o preparación de tejidos asociada con la impresión o colocación de una restauración cuando se cobra como un servicio separado. Estos servicios se consideran parte integrante del servicio dental total.

UTAH

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

1. Cualquier gasto en el que incurra y al que tenga derecho bajo cualquier ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional, ya sea que usted haya solicitado o no cobertura.
2. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
 - b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
3. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
 - c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
5. No acudir a una cita con el dentista.
6. Cualquier servicio que consideremos de odontología estética a menos que sea necesario como consecuencia de una lesión accidental recibida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideramos que son cosméticos los siguientes procedimientos odontológicos:
 - a. Carillas para coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los pilares) posterior al segundo bicúspide.
 - b. Cualquier servicio para corregir deformaciones congénitas;
 - c. Cualquier servicio realizado principalmente para mejorar la apariencia; o
 - d. Caracterizaciones y personalizaciones de dispositivos prostéticos.
7. Control de infecciones, incluidas las técnicas de esterilización, entre otras.
8. Cargos por tratamientos realizados por alguien que no es dentista, con excepción del raspado, la limpieza dental y la aplicación tópica de flúor, que pueden ser realizados por un higienista dental autorizado. El tratamiento debe realizarse bajo la supervisión y guía del dentista, de acuerdo con los estándares dentales generalmente aceptados.

9. Cualquier servicio no indicado específicamente en los beneficios de su plan.
10. Cualquier servicio que determinemos que:
 - a. no sea una necesidad dental;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considera de carácter experimental o investigativo.
11. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza (a menos que el servicio aparezca como elegible bajo la extensión de beneficios).
12. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
13. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
14. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
15. Anestesia local, irrigación, óxido nitroso, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, planes de tratamiento, ajustes oclusivos, o preparación de tejidos asociada con la impresión o colocación de una restauración cuando se cobra como un servicio separado. Estos servicios se consideran parte integrante del servicio dental total.

VIRGINIA

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

1. Cualquier gasto en el que incurra y al que tenga derecho bajo cualquier ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional, ya sea que usted haya solicitado o no cobertura.
2. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
 - b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
3. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o

- c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
 5. No acudir a una cita con el dentista.
 6. Cualquier servicio que consideremos de odontología estética a menos que sea necesario como consecuencia de una lesión accidental recibida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideramos que son cosméticos los siguientes procedimientos odontológicos:
 - a. Carillas para coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los pilares) posterior al segundo bicúspide.
 - b. Cualquier servicio realizado principalmente para mejorar la apariencia; o
 - c. Caracterizaciones y personalizaciones de dispositivos prostéticos.
 7. Control de infecciones, incluidas las técnicas de esterilización, entre otras.
 8. Cargos por tratamientos realizados por alguien que no es dentista, con excepción del raspado, la limpieza dental y la aplicación tópica de flúor, que pueden ser realizados por un higienista dental autorizado. El tratamiento debe realizarse bajo la supervisión y guía del dentista, de acuerdo con los estándares dentales generalmente aceptados.
 9. Cualquier servicio no indicado específicamente en su plan de beneficios.
 10. Cualquier servicio que determinemos que:
 - a. no sea una necesidad dental;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considera de carácter experimental o investigativo.
 11. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza (a menos que el servicio aparezca como elegible bajo la extensión de beneficios).
 12. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
 13. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
 14. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
 15. Anestesia local, irrigación, óxido nitroso, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, planes de tratamiento, ajustes oclusivos, o preparación de tejidos asociada con la impresión o colocación de una restauración cuando se cobra como un servicio separado. Estos servicios se consideran parte integrante del servicio dental total.

WISCONSIN

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

1. Cualquier gasto en el que incurra y al que tenga derecho bajo cualquier ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional, ya sea que usted haya solicitado o no cobertura.
2. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
 - b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
3. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
 - c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
5. No acudir a una cita con el dentista.
6. Cualquier servicio que consideremos de odontología estética a menos que sea necesario como consecuencia de una lesión accidental recibida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideramos que son cosméticos los siguientes procedimientos odontológicos:
 - a. Carillas para coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los pilares) posterior al segundo bicúspide.
 - b. Cualquier servicio para corregir deformaciones congénitas, a menos que el niño dependiente haya estado cubierto por esta póliza desde su nacimiento;
 - c. Cualquier servicio realizado principalmente para mejorar la apariencia; o
 - d. Caracterizaciones y personalizaciones de dispositivos prostéticos.
7. Control de infecciones, incluidas las técnicas de esterilización, entre otras.
8. Cargos por tratamientos realizados por alguien que no es dentista, con excepción del raspado, la limpieza dental y la aplicación tópica de flúor, que pueden ser realizados por un higienista dental autorizado. El tratamiento debe realizarse bajo la

- supervisión y guía del dentista, de acuerdo con los estándares dentales generalmente aceptados.
9. Cualquier servicio no indicado específicamente en los beneficios de su plan.
 10. Cualquier servicio que determinemos que:
 - a. no sea una necesidad dental;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considere de carácter experimental, exploratorio o con fines de investigación.
 11. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza (a menos que el servicio aparezca como elegible bajo la extensión de beneficios).
 12. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
 13. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
 14. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
 15. Anestesia local, irrigación, óxido nitroso, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, planes de tratamiento, ajustes oclusivos, o preparación de tejidos asociada con la impresión o colocación de una restauración cuando se cobra como un servicio separado. Estos servicios se consideran parte integrante del servicio dental total.

Cobertura adicional

No se pagarán beneficios bajo esta póliza por cuenta de ninguna lesión o enfermedad causada por usted, su dependiente o cualquier tercero, para la cual exista otro seguro en el que usted cuente con cobertura médica o dental o cobertura para gastos dentales o médicos ya sea que se describa como principal, adicional o contingente.

Procesaremos su reclamo de acuerdo con las cláusulas de la póliza y exigiremos el reembolso de los pagos médicos o dentales, o el pago por la compañía aseguradora de los gastos médicos o dentales.

Por medio de la presente usted nos cede cualquier derecho que tenga contra otra aseguradora por pagos médicos o dentales, o por cobertura de gastos médicos o dentales para procurar el reembolso de los gastos dentales que pagamos en su nombre.

El plan dental Preventive Plus tiene suscripción de riesgos de Humana Dental Insurance Company
Rev. 04.08.08

Guía de información regulatoria y técnica del plan dental MTV Standard Dental

Limitaciones y exclusiones

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

1. Cualquier gasto en el que incurra y al que tenga derecho bajo cualquier ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional, ya sea que usted haya solicitado o no cobertura.
2. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
 - b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
3. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
 - c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
5. No acudir a una cita con el dentista.
6. Cualquier servicio que consideremos de odontología estética a menos que sea necesario como consecuencia de una lesión accidental recibida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideramos que son cosméticos los siguientes procedimientos odontológicos:
 - a. Carillas para coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los pilares) posterior al segundo bicúspide.
 - b. Cualquier servicio para corregir deformaciones congénitas;
 - c. Cualquier servicio realizado principalmente para mejorar la apariencia; o
 - d. Caracterizaciones y personalizaciones de dispositivos prostéticos.
7. Cargos por:
 - a. Cualquier tipo de implante y todos los servicios relacionados, incluso las coronas y sus dispositivos prostéticos.
 - b. Aditamentos de precisión o semi-precisión.
 - c. Sobredentaduras y cualquier tratamiento endodóntico asociado con sobredentaduras.
 - d. Otros aditamentos adaptados a la medida.
8. Cualquier servicio relacionado con:
 - a. Alteración de la dimensión vertical de los dientes;
 - b. Restauración o mantenimiento de una oclusión;
 - c. Dientes ferulizados, incluyendo múltiples pilares, o cualquier servicio para estabilizar dientes debilitados periodontalmente;
 - d. Reemplazo de estructuras de dientes perdidas como resultado de la abrasión, desgaste, erosión o abfracción; o
 - e. Registro de mordida o análisis de mordida.
9. Control de infecciones, incluidas las técnicas de esterilización, entre otras.
10. Cargos por tratamientos realizados por alguien que no es dentista, con excepción del raspado, la limpieza dental y la aplicación tópica de flúor, que pueden ser realizados por un higienista dental autorizado. El tratamiento debe realizarse bajo la supervisión y guía del dentista, de acuerdo con los estándares dentales generalmente aceptados.
11. Cualquier hospital, establecimiento quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anesthesiólogo o anestesista.
12. Los medicamentos con receta médica o medicamentos previos a la anestesia, ya sean dispensados o recetados.
13. Cualquier servicio no indicado específicamente en su plan de beneficios.
14. Cualquier servicio que determinemos que:
 - a. no sea una necesidad dental;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considera de carácter experimental o investigativo.
15. Servicios ortodónticos, a menos que se especifiquen en el resumen de sus beneficios.
16. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza (a menos que el servicio aparezca como elegible bajo la extensión de beneficios).
17. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
18. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
19. Tratamientos resultantes de una lesión autoinfligida o una enfermedad corporal.

20. Anestesia local, irrigación, óxido nitroso, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, planes de tratamiento, ajustes oclusivos, o preparación de tejidos asociada con la impresión o colocación de una restauración cuando se cobra como un servicio separado. Estos servicios se consideran parte integrante del servicio dental total.
21. Reparación y reemplazo de aparatos de ortodoncia.
22. Cualquier tratamiento quirúrgico o no quirúrgico para cualquier problema de articulación mandibular, incluso cualquier trastorno de articulación temporomandibular, cráneo-maxilar, cráneo-mandibular u otras afecciones de las articulaciones que unen la mandíbula y el cráneo; o el tratamiento de los músculos faciales usados en la expresión y la función de masticado, por síntomas que incluyen, entre otros, los dolores de cabeza.

Cobertura adicional

No pagaremos beneficios por ninguna lesión accidental si existe otro seguro que proporcione pagos o cobertura de gastos, independientemente de si esa otra cobertura se describe como primaria, adicional o contingente. Si su reclamo contra otra aseguradora es denegado o parcialmente pagado, procesaremos su reclamo de acuerdo con los términos y condiciones de este certificado. Si realizamos un pago, usted accede a cedernos cualquier derecho que tenga contra la otra aseguradora por los gastos dentales que paguemos. Los pagos efectuados por la otra aseguradora serán acreditados a cualquier coaseguro aplicable o deducible por año calendario.

Limitaciones y exclusiones específicas por estado

Arkansas

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

1. Cualquier gasto en el que incurra y al que tenga derecho bajo cualquier ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional, ya sea que usted haya solicitado o no cobertura.
2. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
 - b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad

- del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
3. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
 - c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
5. No acudir a una cita con el dentista.
6. Cualquier servicio que consideremos de odontología estética a menos que sea necesario como consecuencia de una lesión accidental recibida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideramos que son cosméticos los siguientes procedimientos odontológicos:
 - a. Carillas para coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los pilares) posterior al segundo bicúspide.
 - b. Cualquier servicio para corregir deformaciones congénitas;
 - c. Cualquier servicio realizado principalmente para mejorar la apariencia; o
 - d. Caracterizaciones y personalizaciones de dispositivos protéticos.
7. Cargos por:
 - a. Cualquier tipo de implante y todos los servicios relacionados, incluso las coronas y sus dispositivos protéticos.
 - b. Aditamentos de precisión o semi-precisión.
 - c. Sobredentaduras y cualquier tratamiento endodóntico asociado con sobredentaduras.
 - d. Otros aditamentos adaptados a la medida.
8. Cualquier servicio relacionado con:
 - a. Alteración de la dimensión vertical de los dientes;
 - b. Restauración o mantenimiento de una oclusión;
 - c. Dientes ferulizados, incluyendo múltiples pilares, o cualquier servicio para estabilizar dientes debilitados periodontalmente;
 - d. Reemplazo de estructuras de dientes perdidas como resultado de la abrasión, desgaste, erosión o abfracción; o
 - e. Registro de mordida o análisis de mordida.
9. Control de infecciones, incluidas las técnicas de esterilización, entre otras.
10. Cargos por tratamientos realizados por alguien que no es dentista, con excepción del raspado, la limpieza dental y la aplicación tópica de flúor, que pueden ser realizados por un higienista dental autorizado. El tratamiento debe realizarse bajo la

- supervisión y guía del dentista, de acuerdo con los estándares dentales generalmente aceptados.
11. Cualquier hospital, establecimiento quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anestesiólogo o anestesta.
 12. Los medicamentos con receta médica o medicamentos previos a la anestesia, ya sean dispensados o recetados.
 13. Cualquier servicio no indicado específicamente en su plan de beneficios.
 14. Cualquier servicio que determinemos que:
 - a. no sea una necesidad dental;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considera de carácter experimental o investigativo.
 15. Servicios ortodónticos, a menos que se especifiquen en el resumen de sus beneficios.
 16. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza (a menos que el servicio aparezca como elegible bajo la extensión de beneficios).
 17. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
 18. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
 19. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
 20. Anestesia local, irrigación, óxido nitroso, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, planes de tratamiento, ajustes oclusivos, o preparación de tejidos asociada con la impresión o colocación de una restauración cuando se cobra como un servicio separado. Estos servicios se consideran parte integrante del servicio dental total.
 21. Reparación y reemplazo de aparatos de ortodoncia.
 22. Cualquier tratamiento quirúrgico o no quirúrgico para cualquier problema de articulación mandibular, incluso cualquier trastorno de articulación temporomandibular, cráneo-maxilar, cráneo-mandibular u otras afecciones de las articulaciones que unen la mandíbula y el cráneo; o el tratamiento de los músculos faciales usados en la expresión y la función de masticado, por síntomas que incluyen, entre otros, los dolores de cabeza.
- a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
 - b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
3. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
 - c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
 4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
 5. No acudir a una cita con el dentista.
 6. Cualquier servicio que consideremos de odontología estética, a menos que tal servicio sea necesario como consecuencia de una lesión corporal accidental recibida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideramos que son cosméticos los siguientes procedimientos odontológicos:
 - a. Carillas para coronas o puentes fijos posteriores al segundo bicúspide
 - b. Cualquier servicio para corregir deformaciones congénitas;
 - c. Cualquier servicio realizado principalmente para mejorar la apariencia; o
 - d. Caracterizaciones y personalizaciones de dispositivos protésicos.
 7. Cargos por:
 - a. Cualquier tipo de implante y todos los servicios relacionados, incluso las coronas y sus dispositivos protésicos.
 - b. Aditamentos de precisión o semi-precisión.
 - c. Sobredentaduras y cualquier tratamiento endodóntico asociado con sobredentaduras.
 - d. Otros aditamentos adaptados a la medida.
 8. Cualquier servicio relacionado con:
 - a. Alteración de la dimensión vertical de los dientes;
 - b. Restauración o mantenimiento de una oclusión;
 - c. Dientes ferulizados, incluyendo múltiples pilares, o cualquier servicio para estabilizar dientes debilitados periodontalmente;

California

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

1. Cualquier gasto en el que incurra y al que tenga derecho bajo cualquier ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional, ya sea que usted haya solicitado o no cobertura.
2. Servicios:

- d. Reemplazo de estructuras de dientes perdidas como resultado de la abrasión, desgaste, erosión o abfracción; o
 - e. Registro de mordida o análisis de mordida.
9. Control de infecciones, incluidas las técnicas de esterilización, entre otras.
 10. Cargos por tratamientos realizados por alguien que no es dentista, con excepción del raspado, la limpieza dental y la aplicación tópica de flúor, que pueden ser realizados por un higienista dental autorizado. El tratamiento debe realizarse bajo la supervisión y guía del dentista, de acuerdo con los estándares dentales generalmente aceptados.
 11. Cualquier hospital, establecimiento quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anestesiólogo o anestésista.
 12. Los medicamentos con receta médica o medicamentos previos a la anestesia, ya sean dispensados o recetados.
 13. Cualquier servicio no indicado específicamente en los beneficios de su plan.
 14. Cualquier servicio que:
 - a. NO sea una necesidad dental;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considere de carácter experimental o investigativo.
 15. Servicios ortodónticos, a menos que se especifiquen en el resumen de sus beneficios.
 16. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza (a menos que el servicio aparezca como elegible bajo la extensión de beneficios).
 17. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
 18. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
 19. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
 20. Anestesia local, irrigación, óxido nítrico, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, planes de tratamiento, ajustes oclusivos, o preparación de tejidos asociada con la impresión o colocación de una restauración cuando se cobra como un servicio separado. Estos servicios se consideran parte integrante del servicio dental total.
 21. Reparación y reemplazo de aparatos de ortodoncia.
 22. Cualquier tratamiento quirúrgico o no quirúrgico para cualquier problema de articulación mandibular, incluso cualquier trastorno de articulación temporomandibular, cráneo-maxilar, cráneo-mandibular u otras afecciones de las articulaciones que unen la mandíbula y el cráneo; o el tratamiento de los músculos faciales usados en la expresión y la función de masticado, por síntomas que incluyen, entre otros, los dolores de cabeza.

Cobertura adicional

No pagaremos beneficios por ninguna lesión accidental si existe otro seguro que proporcione pagos o cobertura de gastos, independientemente de si esa otra cobertura se describe como primaria, adicional o contingente. Si su reclamo contra otra aseguradora es denegado o parcialmente pagado, procesaremos su reclamo de acuerdo con los términos y condiciones de este certificado. Si realizamos un pago, usted accede a cedernos cualquier derecho que tenga contra la otra aseguradora por los gastos dentales que paguemos. Los pagos efectuados por la otra aseguradora serán acreditados a cualquier coaseguro aplicable o deducible por año calendario.

Colorado

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

1. Cualquier gasto en el que incurra y al que tenga derecho bajo cualquier ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional, ya sea que usted haya solicitado o no cobertura.
2. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
 - b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
3. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
 - c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
5. No acudir a una cita con el dentista.
6. Cualquier servicio que consideremos de odontología estética a menos que sea necesario como consecuencia de una lesión accidental recibida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideramos que son cosméticos los siguientes procedimientos odontológicos:
 - a. Carillas para coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los pilares) posterior al segundo bicúspide.

- b. Cualquier servicio para corregir deformaciones congénitas;
 - c. Cualquier servicio realizado principalmente para mejorar la apariencia; o
 - d. Caracterizaciones y personalizaciones de dispositivos prostéticos.
7. Cargos por:
- a. Cualquier tipo de implante y todos los servicios relacionados, incluso las coronas y sus dispositivos prostéticos.
 - b. Aditamentos de precisión o semi-precisión.
 - c. Sobredentaduras y cualquier tratamiento endodóntico asociado con sobredentaduras.
 - d. Otros aditamentos adaptados a la medida.
8. Cualquier servicio relacionado con:
- a. Alteración de la dimensión vertical de los dientes;
 - b. Restauración o mantenimiento de una oclusión;
 - c. Dientes ferulizados, incluyendo múltiples pilares, o cualquier servicio para estabilizar dientes debilitados periodontalmente;
 - d. Reemplazo de estructuras de dientes perdidas como resultado de la abrasión, desgaste, erosión o abfracción; o
 - e. Registro de mordida o análisis de mordida.
9. Control de infecciones, incluidas las técnicas de esterilización, entre otras.
10. Los honorarios por tratamiento de alguien que no es dentista, excepto cuando son legalmente prestados por un higienista dental autorizado. Los servicios prestados por un higienista dental deben realizarse bajo la supervisión directa y guía del dentista, con excepción de lo permitido específicamente por el código de profesiones y ocupaciones de Colorado que contempla que los higienistas dentales realicen limpieza dental sin supervisión.
11. Cualquier hospital, establecimiento quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anesthesiólogo o anestesista.
12. Los medicamentos con receta médica o medicamentos previos a la anestesia, ya sean dispensados o recetados.
13. Cualquier servicio no indicado específicamente en los beneficios de su plan.
14. Cualquier servicio que determinemos que:
- a. no sea una necesidad dental;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considera de carácter experimental o investigativo.
15. Servicios ortodónticos, a menos que se especifiquen en el resumen de sus beneficios.
16. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o

- después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza (a menos que el servicio aparezca como elegible bajo la extensión de beneficios).
- 17. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
 - 18. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
 - 19. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
 - 20. Anestesia local, irrigación, óxido nitroso, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, planes de tratamiento, ajustes oclusivos, o preparación de tejidos asociada con la impresión o colocación de una restauración cuando se cobra como un servicio separado. Estos servicios se consideran parte integrante del servicio dental total.
 - 21. Reparación y reemplazo de aparatos de ortodoncia.
 - 22. Cualquier tratamiento quirúrgico o no quirúrgico para cualquier problema de articulación mandibular, incluso cualquier trastorno de articulación temporomandibular, cráneo-maxilar, cráneo-mandibular u otras afecciones de las articulaciones que unen la mandíbula y el cráneo; o el tratamiento de los músculos faciales usados en la expresión y la función de masticado, por síntomas que incluyen, entre otros, los dolores de cabeza.

Cobertura adicional

No pagaremos beneficios por ninguna lesión accidental por la que existe otro seguro que proporciona pagos o cobertura de gastos, independientemente de si esa otra cobertura se describe como primaria, adicional o contingente.

Si su reclamo contra la otra aseguradora es denegado o parcialmente pagado, procesaremos su reclamo de acuerdo con los términos y condiciones de esta póliza. Si realizamos un pago en su nombre, usted accede a cedernos cualquier derecho que tenga contra la otra aseguradora por los gastos dentales que paguemos. Los pagos efectuados por la otra aseguradora serán acreditados a cualquier coaseguro aplicable o deducible por año calendario.

Florida

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

- 1. Cualquier gasto que surja en el curso de cualquier ocupación o empleo con pago, ganancias o utilidades por los que se pagan beneficios bajo la ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional o que se mantenga durante el mismo..
- 2. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y

- reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
- b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
3. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
 - c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
 4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
 5. No acudir a una cita con el dentista.
 6. Cualquier servicio que consideremos de odontología estética a menos que sea necesario como consecuencia de una lesión accidental recibida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideramos que son cosméticos los siguientes procedimientos odontológicos:
 - a. Carillas para coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los pilares) posterior al segundo bicúspide.
 - b. Cualquier servicio para corregir una deformación congénita, a menos que el servicio sea para el tratamiento de un recién nacido con cobertura según se permite en la sección de beneficios adicionales para recién nacidos contemplada en su plan.
 - c. Cualquier servicio realizado principalmente para mejorar la apariencia; o
 - d. Caracterizaciones y personalizaciones de dispositivos protéticos.
 7. Cargos por:
 - a. Cualquier tipo de implante y todos los servicios relacionados, incluso las coronas y sus dispositivos protéticos.
 - b. Aditamentos de precisión o semi-precisión.
 - c. Sobredentaduras y cualquier tratamiento endodóntico asociado con sobredentaduras.
 - d. Otros aditamentos adaptados a la medida.
 8. Cualquier servicio relacionado con:
 - a. Alteración de la dimensión vertical de los dientes;
 - b. Restauración o mantenimiento de una oclusión;
 - c. Dientes ferulizados, incluyendo múltiples pilares, o cualquier servicio para estabilizar dientes debilitados periodontalmente;
 - d. Reemplazo de estructuras de dientes perdidas como resultado de la abrasión, desgaste, erosión o abfracción; o
 - e. Registro de mordida o análisis de mordida.
 9. Control de infecciones, incluidas las técnicas de esterilización, entre otras.
 10. Cargos por tratamientos realizados por alguien que no es dentista, con excepción del raspado, la limpieza dental y la aplicación tópica de flúor, que pueden ser realizados por un higienista dental autorizado. El tratamiento debe realizarse bajo la supervisión y guía del dentista, de acuerdo con los estándares dentales generalmente aceptados.
 11. Cualquier hospital, establecimiento quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anesthesiólogo o anestesista.
 12. Los medicamentos con receta médica o medicamentos previos a la anestesia, ya sean dispensados o recetados.
 13. Cualquier servicio no indicado específicamente en su plan de beneficios.
 14. Cualquier servicio que determinemos que:
 - a. no sea una necesidad dental;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considera de carácter experimental o investigativo.
 15. Servicios ortodónticos, a menos que se especifiquen en el resumen de sus beneficios.
 16. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza (a menos que el servicio aparezca como elegible bajo la extensión de beneficios).
 17. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
 18. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
 19. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
 20. Anestesia local, irrigación, óxido nitroso, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, planes de tratamiento, ajustes oclusivos, o preparación de tejidos asociada con la impresión o colocación de una restauración cuando se cobra como un servicio separado. Estos servicios se consideran parte integrante del servicio dental total.
 21. Reparación y reemplazo de aparatos de ortodoncia.
 22. Cualquier tratamiento quirúrgico o no quirúrgico para cualquier problema de articulación mandibular, incluso cualquier trastorno de articulación temporomandibular, cráneo-maxilar, cráneo-mandibular u otras afecciones de las articulaciones que unen la mandíbula y el cráneo; o el tratamiento de los músculos faciales usados en la expresión y la función de masticado, por

síntomas que incluyen, entre otros, los dolores de cabeza.

Georgia

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

1. Cualquier gasto en el que incurra y al que tenga derecho bajo cualquier ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional, ya sea que usted haya solicitado o no cobertura.
2. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
 - b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
3. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
 - c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
5. No acudir a una cita con el dentista.
6. Cualquier servicio que consideremos de odontología estética a menos que sea necesario como consecuencia de una lesión accidental recibida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideramos que son cosméticos los siguientes procedimientos odontológicos:
 - a. Carillas para coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los pilares) posterior al segundo bicuspídeo.
 - b. Cualquier servicio para corregir deformaciones congénitas;
 - c. Cualquier servicio realizado principalmente para mejorar la apariencia; o
 - d. Caracterizaciones y personalizaciones de dispositivos prostéticos.
7. Cargos por:
 - a. Cualquier tipo de implante y todos los servicios relacionados, incluso las coronas y sus dispositivos prostéticos.
 - b. Aditamentos de precisión o semi-precisión.
 - c. Sobredentaduras y cualquier tratamiento endodóntico asociado con sobredentaduras.
 - d. Otros aditamentos adaptados a la medida.
8. Cualquier servicio relacionado con:
 - a. Alteración de la dimensión vertical de los dientes;
 - b. Restauración o mantenimiento de una oclusión;
 - c. Dientes ferulizados, incluyendo múltiples pilares, o cualquier servicio para estabilizar dientes debilitados periodontalmente;
 - d. Reemplazo de estructuras de dientes perdidas como resultado de la abrasión, desgaste, erosión o abfracción; o
 - e. Registro de mordida o análisis de mordida.
9. Control de infecciones, incluidas las técnicas de esterilización, entre otras.
10. Cargos por tratamientos realizados por alguien que no es dentista, con excepción del raspado, la limpieza dental y la aplicación tópica de flúor, que pueden ser realizados por un higienista dental autorizado. El tratamiento debe realizarse bajo la supervisión y guía del dentista, de acuerdo con los estándares dentales generalmente aceptados.
11. Cualquier hospital, establecimiento quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anesiólogo o anestesista.
12. Los medicamentos con receta médica o medicamentos previos a la anestesia, ya sean dispensados o recetados.
13. Cualquier servicio no indicado específicamente en su plan de beneficios.
14. Cualquier servicio que determinemos que:
 - a. no sea una necesidad dental;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considera de carácter experimental o investigativo.
15. Servicios ortodónticos, a menos que se especifiquen en el resumen de sus beneficios.
16. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza (a menos que el servicio aparezca como elegible bajo la extensión de beneficios).
17. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
18. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
19. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
20. Anestesia local, irrigación, óxido nitroso, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, planes de tratamiento, ajustes oclusivos, o preparación de tejidos asociada con la impresión o colocación de una restauración cuando se cobra como un

- servicio separado. Estos servicios se consideran parte integrante del servicio dental total.
21. Reparación y reemplazo de aparatos de ortodoncia.
 22. Cualquier tratamiento quirúrgico o no quirúrgico para cualquier problema de articulación mandibular, incluso cualquier trastorno de articulación temporomandibular, cráneo-maxilar, cráneo-mandibular u otras afecciones de las articulaciones que unen la mandíbula y el cráneo; o el tratamiento de los músculos faciales usados en la expresión y la función de masticado, por síntomas que incluyen, entre otros, los dolores de cabeza, excepto lo dispuesto en este certificado.

Iowa

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

1. Cualquier gasto en el que incurra y al que tenga derecho bajo cualquier ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional, y por los cuales usted no solicitó cobertura.
2. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
 - b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
3. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
 - c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
5. No acudir a una cita con el dentista.
6. Cualquier servicio que consideremos de odontología estética a menos que sea necesario como consecuencia de una lesión accidental recibida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideramos que son cosméticos los siguientes procedimientos odontológicos:
 - a. Carillas para coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los pilares) posterior al segundo bicúspide.
 - b. Cualquier servicio para corregir deformaciones congénitas;
 - c. Cualquier servicio realizado principalmente para mejorar la apariencia; o
 - d. Caracterizaciones y personalizaciones de dispositivos protéticos.
7. Cargos por:
 - a. Cualquier tipo de implante y todos los servicios relacionados, incluso las coronas y sus dispositivos protéticos.
 - b. Aditamentos de precisión o semi-precisión.
 - c. Sobredentaduras y cualquier tratamiento endodóntico asociado con sobredentaduras.
 - d. Otros aditamentos adaptados a la medida.
8. Cualquier servicio relacionado con:
 - a. Alteración de la dimensión vertical de los dientes;
 - b. Restauración o mantenimiento de una oclusión;
 - c. Dientes ferulizados, incluyendo múltiples pilares, o cualquier servicio para estabilizar dientes debilitados periodontalmente;
 - d. Reemplazo de estructuras de dientes perdidas como resultado de la abrasión, desgaste, erosión o abfracción; o
 - e. Registro de mordida o análisis de mordida.
9. Control de infecciones, incluidas las técnicas de esterilización, entre otras.
10. Honorarios por tratamiento realizado por otra persona que no es dentista o por otro profesional de atención médica que ejerce su profesión en el ámbito de lo contemplado en su licencia. Un higienista dental autorizado puede realizar raspado y limpieza dental y la aplicación tópica de flúor. El tratamiento debe realizarse bajo la supervisión y guía del dentista, de acuerdo con los estándares dentales generalmente aceptados.
11. Cualquier hospital, establecimiento quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anesthesiólogo o anestesista.
12. Los medicamentos con receta médica o medicamentos previos a la anestesia, ya sean dispensados o recetados.
13. Cualquier servicio no indicado específicamente en su plan de beneficios.
14. Cualquier servicio que determinemos que:
 - a. no sea una necesidad dental;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considera de carácter experimental o investigativo.
15. Servicios ortodónticos, a menos que se especifiquen en el resumen de sus beneficios.
16. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza (a menos que el servicio aparezca como elegible bajo la extensión de beneficios).

17. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
18. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
19. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
20. Anestesia local, irrigación, óxido nítrico, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, planes de tratamiento, ajustes oclusivos, o preparación de tejidos asociada con la impresión o colocación de una restauración cuando se cobra como un servicio separado. Estos servicios se consideran parte integrante del servicio dental total.
21. Reparación y reemplazo de aparatos de ortodoncia.
22. Cualquier tratamiento quirúrgico o no quirúrgico para cualquier problema de articulación mandibular, incluso cualquier trastorno de articulación temporomandibular, cráneo-maxilar, cráneo-mandibular u otras afecciones de las articulaciones que unen la mandíbula y el cráneo; o el tratamiento de los músculos faciales usados en la expresión y la función de masticado, por síntomas que incluyen, entre otros, los dolores de cabeza.

Idaho

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

1. Cualquier gasto en el que incurra y al que tenga derecho bajo cualquier ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional, ya sea que usted haya solicitado o no cobertura.
2. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
 - b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
3. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
 - c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
5. No acudir a una cita con el dentista.
6. Cualquier servicio que consideremos de odontología estética a menos que sea necesario como consecuencia de una lesión accidental recibida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideramos que son cosméticos los siguientes procedimientos odontológicos:
 - a. Carillas para coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los pilares) posterior al segundo bicúspide.
 - b. Cualquier servicio para corregir deformaciones congénitas, a menos que sean para el tratamiento de anomalías congénitas de un dependiente recién nacido;
 - c. Cualquier servicio realizado principalmente para mejorar la apariencia; o
 - d. Caracterizaciones y personalizaciones de dispositivos protésicos.
7. Cargos por:
 - a. Cualquier tipo de implante y todos los servicios relacionados, incluso las coronas y sus dispositivos protésicos.
 - b. Aditamentos de precisión o semi-precisión.
 - c. Sobredentaduras y cualquier tratamiento endodóntico asociado con sobredentaduras.
 - d. Otros aditamentos adaptados a la medida.
8. Cualquier servicio relacionado con:
 - a. Alteración de la dimensión vertical de los dientes;
 - b. Restauración o mantenimiento de una oclusión;
 - c. Dientes ferulizados, incluyendo múltiples pilares, o cualquier servicio para estabilizar dientes debilitados periodontalmente;
 - d. Reemplazo de estructuras de dientes perdidas como resultado de la abrasión, desgaste, erosión o abfracción; o
 - e. Registro de mordida o análisis de mordida.
9. Control de infecciones, incluidas las técnicas de esterilización, entre otras.
10. Cargos por tratamientos realizados por alguien que no es dentista, con excepción del raspado, la limpieza dental y la aplicación tópica de flúor, que pueden ser realizados por un higienista dental autorizado. El tratamiento debe realizarse bajo la supervisión y guía del dentista, de acuerdo con los estándares dentales generalmente aceptados.
11. Cualquier hospital, establecimiento quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anesiólogo o anestesista.
12. Los medicamentos con receta médica o medicamentos previos a la anestesia, ya sean dispensados o recetados.

13. Cualquier servicio no indicado específicamente en su plan de beneficios.
 14. Cualquier servicio que determinemos que:
 - a. no sea una necesidad dental;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considera de carácter experimental o investigativo.
 15. Servicios ortodónticos, a menos que se especifiquen en el resumen de sus beneficios.
 16. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza (a menos que el servicio aparezca como elegible bajo la extensión de beneficios).
 17. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
 18. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
 19. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
 20. Anestesia local, irrigación, óxido nítrico, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, planes de tratamiento, ajustes oclusivos, o preparación de tejidos asociada con la impresión o colocación de una restauración cuando se cobra como un servicio separado. Estos servicios se consideran parte integrante del servicio dental total.
 21. Reparación y reemplazo de aparatos de ortodoncia.
 22. Cualquier tratamiento quirúrgico o no quirúrgico para cualquier problema de articulación mandibular, incluso cualquier trastorno de articulación temporomandibular, cráneo-maxilar, cráneo-mandibular u otras afecciones de las articulaciones que unen la mandíbula y el cráneo; o el tratamiento de los músculos faciales usados en la expresión y la función de masticado, por síntomas que incluyen, entre otros, los dolores de cabeza.
- b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
3. Cualquier pérdida causada por:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
 - c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
 4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
 5. No acudir a una cita con el dentista.
 6. Cualquier servicio que consideremos de odontología estética a menos que sea necesario como consecuencia de una lesión accidental recibida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideramos que son cosméticos los siguientes procedimientos odontológicos:
 - a. Carillas para coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los pilares) posterior al segundo bicúspide.
 - b. Cualquier servicio para corregir deformaciones congénitas;
 - c. Cualquier servicio realizado principalmente para mejorar la apariencia; o
 - d. Caracterizaciones y personalizaciones de dispositivos prostéticos.
 7. Cargos por:
 - a. Cualquier tipo de implante y todos los servicios relacionados, incluso las coronas y sus dispositivos prostéticos.
 - b. Aditamentos de precisión o semi-precisión.
 - c. Sobredentaduras y cualquier tratamiento endodóntico asociado con sobredentaduras.
 - d. Otros aditamentos adaptados a la medida.
 8. Cualquier servicio relacionado con:
 - a. Alteración de la dimensión vertical de los dientes;
 - b. Restauración o mantenimiento de una oclusión;
 - c. Dientes ferulizados, incluyendo múltiples pilares, o cualquier servicio para estabilizar dientes debilitados periodontalmente;
 - d. Reemplazo de estructuras de dientes perdidas como resultado de la abrasión, desgaste, erosión o abfracción; o
 - e. Registro de mordida o análisis de mordida.
 9. Control de infecciones, incluidas las técnicas de esterilización, entre otras.

Illinois

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

1. Cualquier gasto en el que incurra y al que tenga derecho bajo cualquier ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional, ya sea que usted haya solicitado o no cobertura, a menos que usted sea socio o único dueño del plan de grupo, y no eligió tener cobertura bajo la ley de compensación laboral.
2. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;

10. Cargos por tratamientos realizados por alguien que no es dentista, con excepción del raspado, la limpieza dental y la aplicación tópica de flúor, que pueden ser realizados por un higienista dental autorizado. El tratamiento debe realizarse bajo la supervisión y guía del dentista, de acuerdo con los estándares dentales generalmente aceptados.
11. Cualquier hospital, establecimiento quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anestesiólogo o anestesta.
12. Los medicamentos con receta médica o medicamentos previos a la anestesia, ya sean dispensados o recetados.
13. Cualquier servicio no indicado específicamente en su plan de beneficios.
14. Cualquier servicio que determinemos que:
 - a. no sea una necesidad dental;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considere de carácter experimental, exploratorio o con fines de investigación.
15. Servicios ortodónticos, a menos que se especifiquen en el resumen de sus beneficios.
16. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza (a menos que el servicio aparezca como elegible bajo la extensión de beneficios).
17. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
18. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
19. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
20. Anestesia local, irrigación, óxido nitroso, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, planes de tratamiento, ajustes oclusivos, o preparación de tejidos asociada con la impresión o colocación de una restauración cuando se cobra como un servicio separado. Estos servicios se consideran parte integrante del servicio dental total.
21. Reparación y reemplazo de aparatos de ortodoncia.
22. Cualquier tratamiento quirúrgico o no quirúrgico para cualquier problema de articulación mandibular, incluso cualquier trastorno de articulación temporomandibular, cráneo-maxilar, cráneo-mandibular u otras afecciones de las articulaciones que unen la mandíbula y el cráneo; o el tratamiento de los músculos faciales usados en la expresión y la función de masticado, por síntomas que incluyen, entre otros, los dolores de cabeza.
23. Enfermedad o lesión corporal por la que hay un pago médico o cobertura de gastos proporcionada o pagadera bajo cualquier cobertura de seguro de automóviles, de propietario de viviendas o de instalaciones, o cualquier otra cobertura similar. Los pagos realizados por cualquier otra cobertura

serán acreditados contra cualquier deducible por año calendario y coaseguro por el año en que la enfermedad o lesión corporal ocurrió inicialmente.

Indiana

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

1. Cualquier gasto en el que incurra y al que tenga derecho bajo cualquier ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional, ya sea que usted haya solicitado o no cobertura.
2. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
 - b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
3. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
 - c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
5. No acudir a una cita con el dentista.
6. Cualquier servicio que consideremos de odontología estética a menos que sea necesario como consecuencia de una lesión accidental recibida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideramos que son cosméticos los siguientes procedimientos odontológicos:
 - a. Carillas para coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los pilares) posterior al segundo bicúspide.
 - b. Cualquier servicio para corregir deformaciones congénitas;
 - c. Cualquier servicio realizado principalmente para mejorar la apariencia; o
 - d. Caracterizaciones y personalizaciones de dispositivos prostéticos.
7. Cargos por:
 - a. Cualquier tipo de implante y todos los servicios relacionados, incluso las coronas y sus dispositivos prostéticos.

- b. Aditamentos de precisión o semi-precisión.
 - c. Sobredentaduras y cualquier tratamiento endodóntico asociado con sobredentaduras.
 - d. Otros aditamentos adaptados a la medida.
8. Cualquier servicio relacionado con:
 - a. Alteración de la dimensión vertical de los dientes;
 - b. Restauración o mantenimiento de una oclusión;
 - c. Dientes ferulizados, incluyendo múltiples pilares, o cualquier servicio para estabilizar dientes debilitados periodontalmente;
 - d. Reemplazo de estructuras de dientes perdidas como resultado de la abrasión, desgaste, erosión o abfracción; o
 - e. Registro de mordida o análisis de mordida.
 9. Control de infecciones, incluidas las técnicas de esterilización, entre otras.
 10. Cargos por tratamientos realizados por alguien que no es dentista, con excepción del raspado, la limpieza dental y la aplicación tópica de flúor, que pueden ser realizados por un higienista dental autorizado. El tratamiento debe realizarse bajo la supervisión y guía del dentista, de acuerdo con los estándares dentales generalmente aceptados.
 11. Cualquier hospital, establecimiento quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anestesiólogo o anestesista.
 12. Los medicamentos con receta médica o medicamentos previos a la anestesia, ya sean dispensados o recetados.
 13. Cualquier servicio no indicado específicamente en su plan de beneficios.
 14. Cualquier servicio que determinemos que:
 - a. no sea una necesidad dental;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considera de carácter experimental o investigativo.
 15. Servicios ortodónticos, a menos que se especifiquen en el resumen de sus beneficios.
 16. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza (a menos que el servicio aparezca como elegible bajo la extensión de beneficios).
 17. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
 18. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
 19. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
 20. Anestesia local, irrigación, óxido nítrico, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, planes de tratamiento, ajustes oclusivos, o preparación de

tejidos asociada con la impresión o colocación de una restauración cuando se cobra como un servicio separado. Estos servicios se consideran parte integrante del servicio dental total.

21. Reparación y reemplazo de aparatos de ortodoncia.
22. Cualquier tratamiento quirúrgico o no quirúrgico para cualquier problema de articulación mandibular, incluso cualquier trastorno de articulación temporomandibular, cráneo-maxilar, cráneo-mandibular u otras afecciones de las articulaciones que unen la mandíbula y el cráneo; o el tratamiento de los músculos faciales usados en la expresión y la función de masticado, por síntomas que incluyen, entre otros, los dolores de cabeza.

Kansas

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

1. Cualquier gasto en el que incurra y al que tenga derecho bajo cualquier ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional, ya sea que usted haya solicitado o no cobertura.
2. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
 - b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
3. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
 - c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
5. No acudir a una cita con el dentista.
6. Cualquier servicio que consideremos de odontología estética a menos que sea necesario como consecuencia de una lesión accidental recibida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideramos que son cosméticos los siguientes procedimientos odontológicos:

- a. Carillas para coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los pilares) posterior al segundo bicúspide.
 - b. Cualquier servicio para corregir deformaciones congénitas;
 - c. Cualquier servicio realizado principalmente para mejorar la apariencia; o
 - d. Caracterizaciones y personalizaciones de dispositivos prostéticos.
7. Cargos por:
- a. Cualquier tipo de implante y todos los servicios relacionados, incluso las coronas y sus dispositivos prostéticos.
 - b. Aditamentos de precisión o semi-precisión.
 - c. Sobredentaduras y cualquier tratamiento endodóntico asociado con sobredentaduras.
 - d. Otros aditamentos adaptados a la medida.
8. Cualquier servicio relacionado con:
- a. Alteración de la dimensión vertical de los dientes;
 - b. Restauración o mantenimiento de una oclusión;
 - c. Dientes ferulizados, incluyendo múltiples pilares, o cualquier servicio para estabilizar dientes debilitados periodontalmente;
 - d. Reemplazo de estructuras de dientes perdidas como resultado de la abrasión, desgaste, erosión o abfracción; o
 - e. Registro de mordida o análisis de mordida.
9. Control de infecciones, incluidas las técnicas de esterilización, entre otras.
10. Cargos por tratamientos realizados por alguien que no es dentista, con excepción del raspado, la limpieza dental y la aplicación tópica de flúor, que pueden ser realizados por un higienista dental autorizado. El tratamiento debe realizarse bajo la supervisión y guía del dentista, de acuerdo con los estándares dentales generalmente aceptados.
11. Cualquier hospital, establecimiento quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anesthesiólogo o anestesista.
12. Los medicamentos con receta médica o medicamentos previos a la anestesia, ya sean dispensados o recetados.
13. Cualquier servicio no indicado específicamente en su plan de beneficios.
14. Cualquier servicio que determinemos que:
- a. no sea una necesidad dental;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considera de carácter experimental o investigativo.
15. Servicios ortodónticos, a menos que se especifiquen en el resumen de sus beneficios.
16. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o

- después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza (a menos que el servicio aparezca como elegible bajo la extensión de beneficios).
- 17. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
 - 18. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
 - 19. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
 - 20. Anestesia local, irrigación, óxido nitroso, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, planes de tratamiento, ajustes oclusivos, o preparación de tejidos asociada con la impresión o colocación de una restauración cuando se cobra como un servicio separado. Estos servicios se consideran parte integrante del servicio dental total.
 - 21. Reparación y reemplazo de aparatos de ortodoncia.
 - 22. Cualquier tratamiento quirúrgico o no quirúrgico para cualquier problema de articulación mandibular, incluso cualquier trastorno de articulación temporomandibular, cráneo-maxilar, cráneo-mandibular u otras afecciones de las articulaciones que unen la mandíbula y el cráneo; o el tratamiento de los músculos faciales usados en la expresión y la función de masticado, por síntomas que incluyen, entre otros, los dolores de cabeza.

Kentucky

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

- 1. Cualquier gasto que surja en el curso de cualquier ocupación o empleo con pago, ganancias o utilidades por los que se pagan o proporcionan beneficios bajo la ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional o que se mantenga durante el mismo..
- 2. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
 - b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
- 3. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;

- b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
 - c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
 5. No acudir a una cita con el dentista.
 6. Cualquier servicio que consideremos de odontología estética a menos que sea necesario como consecuencia de una lesión accidental recibida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideramos que son cosméticos los siguientes procedimientos odontológicos:
 - a. Carillas para coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los pilares) posterior al segundo bicúspide.
 - b. Cualquier servicio para corregir deformaciones congénitas;
 - c. Cualquier servicio realizado principalmente para mejorar la apariencia; o
 - d. Caracterizaciones y personalizaciones de dispositivos protéticos.
 7. Cargos por:
 - a. Cualquier tipo de implante y todos los servicios relacionados, incluso las coronas y sus dispositivos protéticos.
 - b. Aditamentos de precisión o semi-precisión.
 - c. Sobredentaduras y cualquier tratamiento endodóntico asociado con sobredentaduras.
 - d. Otros aditamentos adaptados a la medida.
 8. Cualquier servicio relacionado con:
 - a. Alteración de la dimensión vertical de los dientes;
 - b. Restauración o mantenimiento de una oclusión;
 - c. Dientes ferulizados, incluyendo múltiples pilares, o cualquier servicio para estabilizar dientes debilitados periodontalmente;
 - d. Reemplazo de estructuras de dientes perdidas como resultado de la abrasión, desgaste, erosión o abfracción; o
 - e. Registro de mordida o análisis de mordida.
 9. Control de infecciones, incluidas las técnicas de esterilización, entre otras.
 10. Cargos por tratamientos realizados por alguien que no es dentista, con excepción del raspado, la limpieza dental y la aplicación tópica de flúor, que pueden ser realizados por un higienista dental autorizado. El tratamiento debe realizarse bajo la supervisión y guía del dentista, de acuerdo con los estándares dentales generalmente aceptados.
 11. Cualquier hospital, establecimiento quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anesthesiólogo o anestesista.
 12. Los medicamentos con receta médica o medicamentos previos a la anestesia, ya sean dispensados o recetados.
 13. Cualquier servicio no indicado específicamente en los beneficios de su plan.
 14. Cualquier servicio que determinemos que:
 - a. no sea una necesidad dental;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considera de carácter experimental o investigativo.
 15. Servicios ortodónticos, a menos que se especifiquen en el resumen de sus beneficios.
 16. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza (a menos que el servicio aparezca como elegible bajo la extensión de beneficios).
 17. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
 18. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
 19. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
 20. Anestesia local, irrigación, óxido nitroso, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, planes de tratamiento, ajustes oclusivos, o preparación de tejidos asociada con la impresión o colocación de una restauración cuando se cobra como un servicio separado. Estos servicios se consideran parte integrante del servicio dental total.
 21. Reparación y reemplazo de aparatos de ortodoncia.
 22. Cualquier tratamiento quirúrgico o no quirúrgico para cualquier problema de articulación mandibular, incluso cualquier trastorno de articulación temporomandibular, cráneo-maxilar, cráneo-mandibular u otras afecciones de las articulaciones que unen la mandíbula y el cráneo; o el tratamiento de los músculos faciales usados en la expresión y la función de masticado, por síntomas que incluyen, entre otros, los dolores de cabeza.

Cobertura adicional

No pagaremos beneficios por ninguna lesión accidental si existe otro seguro que proporcione pagos o cobertura de gastos, independientemente de si esa otra cobertura se describe como primaria, adicional o contingente. Si su reclamo contra otra aseguradora es denegado o parcialmente pagado, procesaremos su reclamo de acuerdo con los términos y condiciones de este certificado. Si realizamos un pago, usted accede a cedernos cualquier derecho que tenga contra la otra aseguradora por los gastos dentales que paguemos. Los pagos efectuados por la otra aseguradora serán acreditados a cualquier coseguro aplicable o deducible por año calendario.

Louisiana

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

1. Cualquier gasto en el que incurra y al que tenga derecho bajo cualquier ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional, ya sea que usted haya solicitado o no cobertura.
2. Servicios:
 - a. Por los que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
 - b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
3. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
 - c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
5. No acudir a una cita con el dentista.
6. Cualquier servicio que consideremos de odontología estética a menos que sea necesario como consecuencia de una lesión accidental recibida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideramos que son cosméticos los siguientes procedimientos odontológicos:
 - a. Carillas para coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los pilares) posterior al segundo bicúspide.
 - b. Cualquier servicio para corregir deformaciones congénitas;
 - c. Cualquier servicio realizado principalmente para mejorar la apariencia; o
 - d. Caracterizaciones y personalizaciones de dispositivos prostéticos.
7. Cargos por:
 - a. Cualquier tipo de implante y todos los servicios relacionados, incluso las coronas y sus dispositivos prostéticos.
 - b. Aditamentos de precisión o semi-precisión.
 - c. Sobredentaduras y cualquier tratamiento endodóntico asociado con sobredentaduras.
 - d. Otros aditamentos adaptados a la medida.
8. Cualquier servicio relacionado con:
 - a. Alteración de la dimensión vertical de los dientes;
 - b. Restauración o mantenimiento de una oclusión;
 - c. Dientes ferulizados, incluyendo múltiples pilares, o cualquier servicio para estabilizar dientes debilitados periodontalmente;
 - d. Reemplazo de estructuras de dientes perdidas como resultado de la abrasión, desgaste, erosión o abfracción; o
 - e. Registro de mordida o análisis de mordida.
9. Control de infecciones, incluidas las técnicas de esterilización, entre otras.
10. Honorarios por tratamiento realizado por otra persona que no es dentista o por otro profesional de atención médica que ejerce su profesión en el ámbito de lo contemplado en su licencia. El raspado o la limpieza de dientes y aplicación tópica de flúor pueden ser realizados por un higienista dental autorizado bajo la supervisión directa y la orientación del dentista según los estándares dentales generalmente aceptados.
11. Cualquier hospital, establecimiento quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anesthesiólogo o anestesista.
12. Los medicamentos con receta médica o medicamentos previos a la anestesia, ya sean dispensados o recetados.
13. Cualquier servicio no indicado específicamente en los beneficios de su plan.
14. Cualquier servicio que determinemos que:
 - a. no sea una necesidad dental;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considera de carácter experimental o investigativo.
15. Servicios ortodónticos, a menos que se especifiquen en el resumen de sus beneficios.
16. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza (a menos que el servicio aparezca como elegible bajo la extensión de beneficios).
17. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
18. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
19. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
20. Anestesia local, irrigación, óxido nitroso, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, planes de tratamiento, ajustes oclusivos, o preparación de tejidos asociada con la impresión o colocación de una restauración cuando se cobra como un

servicio separado. Estos servicios se consideran parte integrante del servicio dental total.

21. Reparación y reemplazo de aparatos de ortodoncia.
22. Cualquier tratamiento quirúrgico o no quirúrgico para cualquier problema de articulación mandibular, incluso cualquier trastorno de articulación temporomandibular, cráneo-maxilar, cráneo-mandibular u otras afecciones de las articulaciones que unen la mandíbula y el cráneo; o el tratamiento de los músculos faciales usados en la expresión y la función de masticado, por síntomas que incluyen, entre otros, los dolores de cabeza.

Cobertura adicional

No pagaremos beneficios por ninguna lesión accidental si existe otro seguro que proporcione pagos o cobertura de gastos, independientemente de si esa cobertura se describe como primaria, adicional o contingente. Si su reclamo contra otra aseguradora es denegado o parcialmente pagado, procesaremos su reclamo de acuerdo con los términos y condiciones de este certificado. Si realizamos un pago, usted accede a cedernos cualquier derecho que tenga contra la otra aseguradora por los gastos dentales que paguemos. Los pagos efectuados por la otra aseguradora serán acreditados a cualquier coaseguro aplicable o deducible por año calendario.

Maryland

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

1. Cualquier gasto en el que incurra y al que tenga derecho bajo cualquier ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional, ya sea que usted haya solicitado o no cobertura.
2. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
 - b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
3. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
 - c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.

4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
5. No acudir a una cita con el dentista.
6. Cualquier servicio que consideremos de odontología estética a menos que sea necesario como consecuencia de una lesión accidental recibida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideramos que son cosméticos los siguientes procedimientos odontológicos:
 - a. Carillas para coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los pilares) posterior al segundo bicúspide.
 - b. Cualquier servicio para corregir deformaciones congénitas;
 - c. Cualquier servicio realizado principalmente para mejorar la apariencia; o
 - d. Caracterizaciones y personalizaciones de dispositivos protésicos.
7. Cargos por:
 - a. Cualquier tipo de implante y todos los servicios relacionados, incluso las coronas y sus dispositivos protésicos.
 - b. Aditamentos de precisión o semi-precisión.
 - c. Sobredentaduras y cualquier tratamiento endodóntico asociado con sobredentaduras.
 - d. Otros aditamentos adaptados a la medida.
8. Cualquier servicio relacionado con:
 - a. Alteración de la dimensión vertical de los dientes;
 - b. Restauración o mantenimiento de una oclusión;
 - c. Dientes ferulizados, incluyendo múltiples pilares, o cualquier servicio para estabilizar dientes debilitados periodontalmente;
 - d. Reemplazo de estructuras de dientes perdidas como resultado de la abrasión, desgaste, erosión o abfracción; o
 - e. Registro de mordida o análisis de mordida.
9. Control de infecciones, incluidas las técnicas de esterilización, entre otras.
10. Honorarios por tratamiento realizado por otra persona que no es dentista o por otro proveedor de atención médica autorizado ejerciendo en el ámbito de lo contemplado en su licencia. El raspado o la limpieza de dientes y aplicación tópica de flúor deben ser realizados por un higienista dental autorizado bajo la supervisión directa y la orientación del dentista según los estándares dentales generalmente aceptados.
11. Cualquier hospital, establecimiento quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anestesiólogo o anestesista.
12. Los medicamentos con receta médica o medicamentos previos a la anestesia, ya sean dispensados o recetados.
13. Cualquier servicio no indicado específicamente en los beneficios de su plan.

14. Cualquier servicio que determinemos que:
 - a. no sea una necesidad dental;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considera de carácter experimental o investigativo.
15. Servicios ortodónticos, a menos que se especifiquen en el resumen de sus beneficios.
16. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza (a menos que el servicio aparezca como elegible bajo la extensión de beneficios).
17. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
18. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
19. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
20. Anestesia local, irrigación, óxido nitroso, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, planes de tratamiento, ajustes oclusivos, o preparación de tejidos asociada con la impresión o colocación de una restauración cuando se cobra como un servicio separado. Estos servicios se consideran parte integrante del servicio dental total.
21. Reparación y reemplazo de aparatos de ortodoncia.
22. Cualquier tratamiento quirúrgico o no quirúrgico para cualquier problema de articulación mandibular, incluso cualquier trastorno de articulación temporomandibular, cráneo-maxilar, cráneo-mandibular u otras afecciones de las articulaciones que unen la mandíbula y el cráneo; o el tratamiento de los músculos faciales usados en la expresión y la función de masticado, por síntomas que incluyen, entre otros, los dolores de cabeza.
23. Los servicios que sean proporcionados como resultado de una remisión prohibida. Para esta disposición, una remisión prohibida es cualquier remisión prohibida según el artículo 1-302 o su modificación, del código de ocupaciones en el área de salud de Maryland.

Cobertura adicional

No pagaremos beneficios por ninguna lesión accidental si existe otro seguro que proporcione pagos o cobertura de gastos, independientemente de si esa otra cobertura se describe como primaria, adicional o contingente. Si su reclamo contra otra aseguradora es denegado o parcialmente pagado, procesaremos su reclamo de acuerdo con los términos y condiciones de este certificado. Si realizamos un pago, usted accede a cedernos cualquier derecho que tenga contra la otra aseguradora por los gastos dentales que paguemos. Los pagos efectuados por la otra aseguradora serán acreditados a cualquier coaseguro aplicable o deducible por año calendario.

Minnesota

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

1. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
2. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
 - c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
3. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
4. No acudir a una cita con el dentista.
5. Cualquier servicio que consideremos de odontología estética a menos que sea necesario como consecuencia de una lesión accidental recibida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideramos que son cosméticos los siguientes procedimientos odontológicos:
 - a. Carillas para coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los pilares) posterior al segundo bicúspide.
 - b. Cualquier servicio para corregir una deformación congénita, a menos que usted sea un niño dependiente con cobertura;
 - c. Cualquier servicio realizado principalmente para mejorar la apariencia; o
 - d. Caracterizaciones y personalizaciones de dispositivos prostéticos.
6. Cargos por:
 - a. Cualquier tipo de implante y todos los servicios relacionados, incluso las coronas y sus dispositivos prostéticos.
 - b. Aditamentos de precisión o semi-precisión.
 - c. Sobredentaduras y cualquier tratamiento endodóntico asociado con sobredentaduras.
 - d. Otros aditamentos adaptados a la medida.
7. Cualquier servicio relacionado con:
 - a. Alteración de la dimensión vertical de los dientes;
 - b. Restauración o mantenimiento de una oclusión;
 - c. Dientes ferulizados, incluyendo múltiples pilares, o cualquier servicio para estabilizar dientes debilitados periodontalmente;

- d. Reemplazo de estructuras de dientes perdidas como resultado de la abrasión, desgaste, erosión o abfracción; o
 - e. Registro de mordida o análisis de mordida.
8. Control de infecciones, incluidas las técnicas de esterilización, entre otras.
 9. Cargos por tratamientos realizados por alguien que no es dentista, con excepción del raspado, la limpieza dental y la aplicación tópica de flúor, que pueden ser realizados por un higienista dental autorizado. El tratamiento debe realizarse bajo la supervisión y guía del dentista, de acuerdo con los estándares dentales generalmente aceptados.
 10. Cualquier hospital, establecimiento quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anestesiólogo o anestesta.
 11. Los medicamentos con receta médica o medicamentos previos a la anestesia, ya sean dispensados o recetados.
 12. Cualquier servicio no indicado específicamente en los beneficios de su plan.
 13. Cualquier servicio que determinemos que:
 - a. no sea una necesidad dental;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considera de carácter experimental o investigativo.
 14. Servicios ortodónticos, a menos que se especifiquen en el resumen de sus beneficios.
 15. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza (a menos que el servicio aparezca como elegible bajo la extensión de beneficios).
 16. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
 17. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
 18. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
 19. Anestesia local, irrigación, óxido nítrico, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, planes de tratamiento, ajustes oclusivos, o preparación de tejidos asociada con la impresión o colocación de una restauración cuando se cobra como un servicio separado. Estos servicios se consideran parte integrante del servicio dental total.
 20. Reparación y reemplazo de aparatos de ortodoncia.

Missouri

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

1. Cualquier gasto en el que incurra y al que tenga derecho bajo cualquier ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional, ya sea que usted haya solicitado o no cobertura.

2. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
 - b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Proporcionado mientras está confinado en un hospital o institución que sea propiedad o esté operada por el gobierno estadounidense o por cualquiera de sus agencias por cualquier enfermedad o lesión corporal relacionada con el servicio, a menos que usted tenga legalmente que pagar en ausencia del seguro.
3. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
 - c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
5. No acudir a una cita con el dentista.
6. Cualquier servicio que consideremos de odontología estética a menos que sea necesario como consecuencia de una lesión accidental recibida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideramos que son cosméticos los siguientes procedimientos odontológicos:
 - a. Carillas para coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los pilares) posterior al segundo bicúspide.
 - b. Cualquier servicio para corregir deformaciones congénitas;
 - c. Cualquier servicio realizado principalmente para mejorar la apariencia; o
 - d. Caracterizaciones y personalizaciones de dispositivos protéticos.
7. Cargos por:
 - a. Cualquier tipo de implante y todos los servicios relacionados, incluso las coronas y sus dispositivos protéticos.
 - b. Aditamentos de precisión o semi-precisión.
 - c. Sobredentaduras y cualquier tratamiento endodóntico asociado con sobredentaduras.
 - d. Otros aditamentos adaptados a la medida.
8. Cualquier servicio relacionado con:
 - a. Alteración de la dimensión vertical de los dientes;

- b. Restauración o mantenimiento de una oclusión;
 - c. Dientes ferulizados, incluyendo múltiples pilares, o cualquier servicio para estabilizar dientes debilitados periodontalmente;
 - d. Reemplazo de estructuras de dientes perdidas como resultado de la abrasión, desgaste, erosión o abfracción; o
 - e. Registro de mordida o análisis de mordida.
9. Control de infecciones, incluidas las técnicas de esterilización, entre otras.
 10. Cargos por tratamientos realizados por alguien que no es dentista, con excepción del raspado, la limpieza dental y la aplicación tópica de flúor, que pueden ser realizados por un higienista dental autorizado. El tratamiento debe realizarse bajo la supervisión y guía del dentista, de acuerdo con los estándares dentales generalmente aceptados.
 11. Cualquier hospital, establecimiento quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anesthesiólogo o anestesista.
 12. Los medicamentos con receta médica o medicamentos previos a la anestesia, ya sean dispensados o recetados.
 13. Cualquier servicio no indicado específicamente en su plan de beneficios.
 14. Cualquier servicio que determinemos que:
 - a. no sea una necesidad dental;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considera de carácter experimental o investigativo.
 15. Servicios ortodónticos, a menos que se especifiquen en el resumen de sus beneficios.
 16. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza (a menos que el servicio aparezca como elegible bajo la extensión de beneficios).
 17. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
 18. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
 19. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
 20. Anestesia local, irrigación, óxido nitroso, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, planes de tratamiento, ajustes oclusivos, o preparación de tejidos asociada con la impresión o colocación de una restauración cuando se cobra como un servicio separado. Estos servicios se consideran parte integrante del servicio dental total.
 21. Reparación y reemplazo de aparatos de ortodoncia.
 22. Cualquier tratamiento quirúrgico o no quirúrgico para cualquier problema de articulación mandibular, incluso cualquier trastorno de articulación temporomandibular, cráneo-maxilar,

cráneo-mandibular u otras afecciones de las articulaciones que unen la mandíbula y el cráneo; o el tratamiento de los músculos faciales usados en la expresión y la función de masticado, por síntomas que incluyen, entre otros, los dolores de cabeza.

North Carolina

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

1. Servicios o suministros para el tratamiento de una enfermedad o lesión ocupacional que se paga bajo la ley de compensación laboral de North Carolina, solo en la medida en que tales servicios o suministros son responsabilidad del empleado, empleador o de la aseguradora de compensación laboral, de acuerdo a una adjudicación final según la ley de compensación laboral de North Carolina o una orden de la Comisión Industrial de North Carolina en la que se aprueba un acuerdo bajo la ley de compensación laboral de North Carolina.
2. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
 - b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
3. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
 - c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
5. No acudir a una cita con el dentista.
6. Cualquier servicio que consideremos de odontología estética a menos que sea necesario como consecuencia de una lesión accidental recibida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideramos que son cosméticos los siguientes procedimientos odontológicos:
 - a. Carillas para coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los pilares) posterior al segundo bicúspide.
 - b. Cualquier servicio para corregir deformaciones congénitas; a menos que usted sea un niño de pendiente cubierto

- bajo la póliza desde el nacimiento en el hogar adoptivo o de acogida.
- c. Cualquier servicio realizado principalmente para mejorar la apariencia; o
 - d. Caracterizaciones y personalizaciones de dispositivos prostéticos.
7. Cargos por:
 - a. Cualquier tipo de implante y todos los servicios relacionados, incluso las coronas y sus dispositivos prostéticos.
 - b. Aditamentos de precisión o semi-precisión.
 - c. Sobredentaduras y cualquier tratamiento endodóntico asociado con sobredentaduras.
 - d. Otros aditamentos adaptados a la medida.
 8. Cualquier servicio relacionado con:
 - a. Alteración de la dimensión vertical de los dientes;
 - b. Restauración o mantenimiento de una oclusión;
 - c. Dientes ferulizados, incluyendo múltiples pilares, o cualquier servicio para estabilizar dientes debilitados periodontalmente;
 - d. Reemplazo de estructuras de dientes perdidas como resultado de la abrasión, desgaste, erosión o abfracción; o
 - e. Registro de mordida o análisis de mordida.
 9. Control de infecciones, incluidas las técnicas de esterilización, entre otras.
 10. Cargos por tratamientos realizados por alguien que no es dentista, con excepción del raspado, la limpieza dental y la aplicación tópica de flúor, que pueden ser realizados por un higienista dental autorizado. El tratamiento debe realizarse bajo la supervisión y guía del dentista, de acuerdo con los estándares dentales generalmente aceptados.
 11. Cualquier hospital, establecimiento quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anestesiólogo o anestésista.
 12. Los medicamentos con receta médica o medicamentos previos a la anestesia, ya sean dispensados o recetados.
 13. Cualquier servicio no indicado específicamente en su plan de beneficios.
 14. Cualquier servicio que determinemos que:
 - a. no sea una necesidad dental;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considera de carácter experimental o investigativo.
 15. Servicios ortodónticos, a menos que se especifiquen en el resumen de sus beneficios.
 16. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza (a menos que el servicio aparezca como elegible bajo la extensión de beneficios).
 17. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
 18. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
 19. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
 20. Anestesia local, irrigación, óxido nitroso, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, planes de tratamiento, ajustes oclusivos, o preparación de tejidos asociada con la impresión o colocación de una restauración cuando se cobra como un servicio separado. Estos servicios se consideran parte integrante del servicio dental total.
 21. Reparación y reemplazo de aparatos de ortodoncia.
 22. Cualquier tratamiento quirúrgico o no quirúrgico para cualquier problema de articulación mandibular, incluso cualquier trastorno de articulación temporomandibular, cráneo-maxilar, cráneo-mandibular u otras afecciones de las articulaciones que unen la mandíbula y el cráneo; o el tratamiento de los músculos faciales usados en la expresión y la función de masticado, por síntomas que incluyen, entre otros, los dolores de cabeza.
- ## North Dakota
- Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:
1. Cualquier gasto en el que incurra y al que tenga derecho bajo cualquier ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional, ya sea que usted haya solicitado o no cobertura.
 2. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
 - b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
 3. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
 - c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.

4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
5. No acudir a una cita con el dentista.
6. Cualquier servicio que consideremos de odontología estética a menos que sea necesario como consecuencia de una lesión accidental recibida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideramos que son cosméticos los siguientes procedimientos odontológicos:
 - a. Carillas para coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los pilares) posterior al segundo bicúspide.
 - b. Cualquier servicio para corregir deformaciones congénitas;
 - c. Cualquier servicio realizado principalmente para mejorar la apariencia; o
 - d. Caracterizaciones y personalizaciones de dispositivos prostéticos.
7. Cargos por:
 - a. Cualquier tipo de implante y todos los servicios relacionados, incluso las coronas y sus dispositivos prostéticos.
 - b. Aditamentos de precisión o semi-precisión.
 - c. Sobredentaduras y cualquier tratamiento endodóntico asociado con sobredentaduras.
 - d. Otros aditamentos adaptados a la medida.
8. Cualquier servicio relacionado con:
 - a. Alteración de la dimensión vertical de los dientes;
 - b. Restauración o mantenimiento de una oclusión;
 - c. Dientes ferulizados, incluyendo múltiples pilares, o cualquier servicio para estabilizar dientes debilitados periodontalmente;
 - d. Reemplazo de estructuras de dientes perdidas como resultado de la abrasión, desgaste, erosión o abfracción; o
 - e. Registro de mordida o análisis de mordida.
9. Control de infecciones, incluidas las técnicas de esterilización, entre otras.
10. Cargos por tratamientos realizados por alguien que no es dentista, con excepción del raspado, la limpieza dental y la aplicación tópica de flúor, que pueden ser realizados por un higienista dental autorizado. El tratamiento debe realizarse bajo la supervisión y guía del dentista, de acuerdo con los estándares dentales generalmente aceptados.
11. Cualquier hospital, establecimiento quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anestesiólogo o anestesista.
12. Los medicamentos con receta médica o medicamentos previos a la anestesia, ya sean dispensados o recetados.
13. Cualquier servicio no indicado específicamente en su plan de beneficios.
14. Cualquier servicio que determinemos que:
 - a. no sea una necesidad dental;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considere de carácter experimental o investigativo.
15. Servicios ortodónticos, a menos que se especifiquen en el resumen de sus beneficios.
16. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza (a menos que el servicio aparezca como elegible bajo la extensión de beneficios).
17. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
18. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
19. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
20. Anestesia local, irrigación, óxido nitroso, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, planes de tratamiento, ajustes oclusivos, o preparación de tejidos asociada con la impresión o colocación de una restauración cuando se cobra como un servicio separado. Estos servicios se consideran parte integrante del servicio dental total.
21. Reparación y reemplazo de aparatos de ortodoncia.
22. Cualquier tratamiento quirúrgico o no quirúrgico para cualquier problema de articulación mandibular, incluso cualquier trastorno de articulación temporomandibular, cráneo-maxilar, cráneo-mandibular u otras afecciones de las articulaciones que unen la mandíbula y el cráneo; o el tratamiento de los músculos faciales usados en la expresión y la función de masticado, por síntomas que incluyen, entre otros, los dolores de cabeza.

Cobertura adicional

No pagaremos beneficios por ninguna lesión accidental si existe otro seguro que proporcione pagos o cobertura de gastos, independientemente de si esa otra cobertura se describe como primaria, adicional o contingente. Si su reclamo contra otra aseguradora es denegado o parcialmente pagado, procesaremos su reclamo de acuerdo con los términos y condiciones de este certificado. Si realizamos un pago, usted accede a cedernos cualquier derecho que tenga contra la otra aseguradora por los gastos dentales que paguemos. Los pagos efectuados por la otra aseguradora serán acreditados a cualquier coaseguro aplicable o deducible por año calendario.

Ohio

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

1. Cualquier gasto en el que incurra y al que tenga derecho bajo cualquier ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional, ya sea que usted haya solicitado o no cobertura.

2. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
 - b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
3. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
 - c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
5. No acudir a una cita con el dentista.
6. Cualquier servicio que consideremos de odontología estética a menos que sea necesario como consecuencia de una lesión accidental recibida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideramos que son cosméticos los siguientes procedimientos odontológicos:
 - a. Carillas para coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los pilares) posterior al segundo bicúspide.
 - b. Cualquier servicio para corregir deformaciones congénitas;
 - c. Cualquier servicio realizado principalmente para mejorar la apariencia; o
 - d. Caracterizaciones y personalizaciones de dispositivos protéticos.
7. Cargos por:
 - a. Cualquier tipo de implante y todos los servicios relacionados, incluso las coronas y sus dispositivos protéticos.
 - b. Aditamentos de precisión o semi-precisión.
 - c. Sobredentaduras y cualquier tratamiento endodóntico asociado con sobredentaduras.
 - d. Otros aditamentos adaptados a la medida.
8. Cualquier servicio relacionado con:
 - a. Alteración de la dimensión vertical de los dientes;
 - b. Restauración o mantenimiento de una oclusión;
 - c. Dientes ferulizados, incluyendo múltiples pilares, o cualquier servicio para estabilizar dientes debilitados periodontalmente;
 - d. Reemplazo de estructuras de dientes perdidas como resultado de la abrasión, desgaste, erosión o abfracción; o
 - e. Registro de mordida o análisis de mordida.
9. Control de infecciones, incluidas las técnicas de esterilización, entre otras.
10. Cargos por tratamientos realizados por alguien que no es dentista, con excepción del raspado, la limpieza dental y la aplicación tópica de flúor, que pueden ser realizados por un higienista dental autorizado. El tratamiento debe realizarse bajo la supervisión y guía del dentista, de acuerdo con los estándares dentales generalmente aceptados.
11. Cualquier hospital, establecimiento quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anesthesiólogo o anestesista.
12. Los medicamentos con receta médica o medicamentos previos a la anestesia, ya sean dispensados o recetados.
13. Cualquier servicio no indicado específicamente en los beneficios de su plan.
14. Cualquier servicio que determinemos que:
 - a. no sea una necesidad dental;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considera de carácter experimental o investigativo.
15. Servicios ortodónticos, a menos que se especifiquen en el resumen de sus beneficios.
16. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza (a menos que el servicio aparezca como elegible bajo la extensión de beneficios).
17. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
18. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
19. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
20. Anestesia local, irrigación, óxido nitroso, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, planes de tratamiento, ajustes oclusivos, o preparación de tejidos asociada con la impresión o colocación de una restauración cuando se cobra como un servicio separado. Estos servicios se consideran parte integrante del servicio dental total.
21. Reparación y reemplazo de aparatos de ortodoncia.
22. Cualquier tratamiento quirúrgico o no quirúrgico para cualquier problema de articulación mandibular, incluso cualquier trastorno de articulación temporomandibular, cráneo-maxilar, cráneo-mandibular u otras afecciones de las articulaciones que unen la mandíbula y el cráneo; o el tratamiento de los músculos faciales usados en la expresión y la función de masticado, por

síntomas que incluyen, entre otros, los dolores de cabeza.

Oklahoma

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

1. Cualquier gasto en el que incurra y al que tenga derecho bajo cualquier ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional, ya sea que usted haya solicitado o no cobertura.
2. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
 - b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
3. Cualquier pérdida causada por una guerra o acto de guerra, o a la que haya contribuido una guerra o acto de guerra, ya sea o no declarada, mientras presta servicio militar o en una unidad auxiliar de éste.
4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
5. No acudir a una cita con el dentista.
6. Cualquier servicio que consideremos de odontología estética a menos que sea necesario como consecuencia de una lesión accidental recibida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideramos que son cosméticos los siguientes procedimientos odontológicos:
 - a. Carillas para coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los pilares) posterior al segundo bicusípide.
 - b. Cualquier servicio para corregir deformaciones congénitas;
 - c. Cualquier servicio realizado principalmente para mejorar la apariencia; o
 - d. Caracterizaciones y personalizaciones de dispositivos prostéticos.
7. Cargos por:
 - a. Cualquier tipo de implante y todos los servicios relacionados, incluso las coronas y sus dispositivos prostéticos.
 - b. Aditamentos de precisión o semi-precisión.
 - c. Sobredentaduras y cualquier tratamiento endodóntico asociado con sobredentaduras.
 - d. Otros aditamentos adaptados a la medida.
8. Cualquier servicio relacionado con:
 - a. Alteración de la dimensión vertical de los dientes;
 - b. Restauración o mantenimiento de una oclusión;
 - c. Dientes ferulizados, incluyendo múltiples pilares, o cualquier servicio para estabilizar dientes debilitados periodontalmente;
 - d. Reemplazo de estructuras de dientes perdidas como resultado de la abrasión, desgaste, erosión o abfracción; o
 - e. Registro de mordida o análisis de mordida.
9. Control de infecciones, incluidas las técnicas de esterilización, entre otras.
10. Cargos por tratamientos realizados por alguien que no es dentista, con excepción del raspado, la limpieza dental y la aplicación tópica de flúor, que pueden ser realizados por un higienista dental autorizado. El tratamiento debe realizarse bajo la supervisión y guía del dentista, de acuerdo con los estándares dentales generalmente aceptados.
11. Cualquier hospital, establecimiento quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anesthesiólogo o anestesista.
12. Los medicamentos con receta médica o medicamentos previos a la anestesia, ya sean dispensados o recetados.
13. Cualquier servicio no indicado específicamente en su plan de beneficios.
14. Cualquier servicio que determinemos que:
 - a. no sea una necesidad dental;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considera de carácter experimental o investigativo.
15. Servicios ortodónticos, a menos que se especifiquen en el resumen de sus beneficios.
16. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza (a menos que el servicio aparezca como elegible bajo la extensión de beneficios).
17. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
18. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
19. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
20. Anestesia local, irrigación, óxido nitroso, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, planes de tratamiento, ajustes oclusivos, o preparación de tejidos asociada con la impresión o colocación de una restauración cuando se cobra como un servicio separado. Estos servicios se consideran parte integrante del servicio dental total.
21. Reparación y reemplazo de aparatos de ortodoncia.

22. Cualquier tratamiento quirúrgico o no quirúrgico para cualquier problema de articulación mandibular, incluso cualquier trastorno de articulación temporomandibular, cráneo-maxilar, cráneo-mandibular u otras afecciones de las articulaciones que unen la mandíbula y el cráneo; o el tratamiento de los músculos faciales usados en la expresión y la función de masticado, por síntomas que incluyen, entre otros, los dolores de cabeza.

Cobertura adicional

No pagaremos beneficios por ninguna lesión accidental si existe otro seguro que proporcione pagos o cobertura de gastos, independientemente de si esa otra cobertura se describe como primaria, adicional o contingente. Si su reclamo contra otra aseguradora es denegado o parcialmente pagado, procesaremos su reclamo de acuerdo con los términos y condiciones de este certificado. Si realizamos un pago, usted accede a cedernos cualquier derecho que tenga contra la otra aseguradora por los gastos dentales que paguemos. Los pagos efectuados por la otra aseguradora serán acreditados a cualquier coaseguro aplicable o deducible por año calendario.

Pennsylvania

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

1. Cualquier gasto que surja en el curso de cualquier ocupación o empleo con pago, ganancias o utilidades para el que existe cobertura bajo la ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional o que se mantenga durante el mismo.
2. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
 - b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
3. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
 - c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.

5. No acudir a una cita con el dentista.
6. Cualquier servicio que consideremos de odontología estética a menos que sea necesario como consecuencia de una lesión accidental recibida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideramos que son cosméticos los siguientes procedimientos odontológicos:
 - a. Carillas para coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los pilares) posterior al segundo bicúspide.
 - b. Cualquier servicio para corregir deformaciones congénitas;
 - c. Cualquier servicio realizado principalmente para mejorar la apariencia; o
 - d. Caracterizaciones y personalizaciones de dispositivos protéticos.
7. Cargos por:
 - a. Cualquier tipo de implante y todos los servicios relacionados, incluso las coronas y sus dispositivos protéticos.
 - b. Aditamentos de precisión o semi-precisión.
 - c. Sobredentaduras y cualquier tratamiento endodóntico asociado con sobredentaduras.
 - d. Otros aditamentos adaptados a la medida.
8. Cualquier servicio relacionado con:
 - a. Alteración de la dimensión vertical de los dientes;
 - b. Restauración o mantenimiento de una oclusión;
 - c. Dientes ferulizados, incluyendo múltiples pilares, o cualquier servicio para estabilizar dientes debilitados periodontalmente;
 - d. Reemplazo de estructuras de dientes perdidas como resultado de la abrasión, desgaste, erosión o abfracción; o
 - e. Registro de mordida o análisis de mordida.
9. Control de infecciones, incluidas las técnicas de esterilización, entre otras.
10. Cargos por tratamientos realizados por alguien que no es dentista, con excepción del raspado, la limpieza dental y la aplicación tópica de flúor, que pueden ser realizados por un higienista dental autorizado. El tratamiento debe realizarse bajo la supervisión y guía del dentista, de acuerdo con los estándares dentales generalmente aceptados.
11. Cualquier hospital, establecimiento quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anestesiólogo o anestesista.
12. Los medicamentos con receta médica o medicamentos previos a la anestesia, ya sean dispensados o recetados.
13. Cualquier servicio no indicado específicamente en los beneficios de su plan.
14. Cualquier servicio que determinemos que:
 - a. no sea una necesidad dental;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;

- c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considera de carácter experimental o investigativo.
15. Servicios ortodónticos, independientemente de la razón por la que se recomiendan los servicios o se suministra el tratamiento, a menos que el resumen de beneficios los especifique.
 16. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza (a menos que el servicio aparezca como elegible bajo la extensión de beneficios).
 17. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
 18. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
 19. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
 20. Anestesia local, irrigación, óxido nitroso, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, planes de tratamiento, ajustes oclusivos, o preparación de tejidos asociada con la impresión o colocación de una restauración cuando se cobra como un servicio separado. Estos servicios se consideran parte integrante del servicio dental total.
 21. Reparación y reemplazo de aparatos de ortodoncia.
 22. Cualquier tratamiento quirúrgico o no quirúrgico para cualquier problema de articulación mandibular, incluso cualquier trastorno de articulación temporomandibular, cráneo-maxilar, cráneo-mandibular u otras afecciones de las articulaciones que unen la mandíbula y el cráneo; o el tratamiento de los músculos faciales usados en la expresión y la función de masticado, por síntomas que incluyen, entre otros, los dolores de cabeza.

Cobertura adicional

No pagaremos beneficios por ninguna lesión accidental si existe otro seguro que proporcione pagos o cobertura de gastos, independientemente de si esa otra cobertura se describe como primaria, adicional o contingente. Si su reclamo contra otra aseguradora es denegado o parcialmente pagado, procesaremos su reclamo de acuerdo con los términos y condiciones de este certificado. Si realizamos un pago, usted accede a cedernos cualquier derecho que tenga contra la otra aseguradora por los gastos dentales que paguemos. Los pagos efectuados por la otra aseguradora serán acreditados a cualquier coaseguro aplicable o deducible por año calendario.

Ley de responsabilidad financiera de vehículos motores de Pennsylvania

No se pagan beneficios conforme a esta póliza hasta que todos los beneficios a los que tenga derecho a cobertura bajo la Ley de responsabilidad financiera para vehículos de motor de Pennsylvania (o sus enmiendas) hayan sido

agotados. Cualquier beneficio a su disposición conforme a esta póliza será adicional, y no una duplicación de cualquier cobertura disponible conforme a la Ley de responsabilidad financiera para vehículos de motor de Pennsylvania.

South Carolina

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

1. Cualquier gasto incurrido que surgió en el curso de cualquier ocupación o empleo con pago, ganancias o utilidades por los que se pagan o proporcionan beneficios bajo la ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional o se mantuvo durante el mismo.
2. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
 - b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
3. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
 - c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
5. No acudir a una cita con el dentista.
6. Cualquier servicio que consideremos de odontología estética a menos que sea necesario como consecuencia de una lesión accidental recibida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideramos que son cosméticos los siguientes procedimientos odontológicos:
 - a. Carillas para coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los pilares) posterior al segundo bicúspide.
 - b. Cualquier servicio para corregir deformaciones congénitas;
 - c. Cualquier servicio realizado principalmente para mejorar la apariencia; o
 - d. Caracterizaciones y personalizaciones de dispositivos protésicos.
7. Cargos por:

- a. Cualquier tipo de implante y todos los servicios relacionados, incluso las coronas y sus dispositivos protésicos.
 - b. Aditamentos de precisión o semi-precisión.
 - c. Sobredentaduras y cualquier tratamiento endodóntico asociado con sobredentaduras.
 - d. Otros aditamentos adaptados a la medida.
8. Cualquier servicio relacionado con:
 - a. Alteración de la dimensión vertical de los dientes;
 - b. Restauración o mantenimiento de una oclusión;
 - c. Dientes ferulizados, incluyendo múltiples pilares, o cualquier servicio para estabilizar dientes debilitados periodontalmente;
 - d. Reemplazo de estructuras de dientes perdidas como resultado de la abrasión, desgaste, erosión o abfracción; o
 - e. Registro de mordida o análisis de mordida.
 9. Control de infecciones, incluidas las técnicas de esterilización, entre otras.
 10. Cargos por tratamientos realizados por alguien que no es dentista, con excepción del raspado, la limpieza dental y la aplicación tópica de flúor, que pueden ser realizados por un higienista dental autorizado. El tratamiento debe realizarse bajo la supervisión y guía del dentista, de acuerdo con los estándares dentales generalmente aceptados.
 11. Cualquier hospital, establecimiento quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anesthesiólogo o anestesista.
 12. Los medicamentos con receta médica o medicamentos previos a la anestesia, ya sean dispensados o recetados.
 13. Cualquier servicio no indicado específicamente en su plan de beneficios.
 14. Cualquier servicio que determinemos que:
 - a. no sea una necesidad dental;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considera de carácter experimental o investigativo.
 15. Servicios ortodónticos, a menos que se especifiquen en el resumen de sus beneficios.
 16. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza (a menos que el servicio aparezca como elegible bajo la extensión de beneficios).
 17. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
 18. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
 19. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
 20. Anestesia local, irrigación, óxido nitroso, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, planes de tratamiento, ajustes oclusivos, o preparación de tejidos asociada con la impresión o colocación de una restauración cuando se cobra como un servicio separado. Estos servicios se consideran parte integrante del servicio dental total.
 21. Reparación y reemplazo de aparatos de ortodoncia.
 22. Cualquier tratamiento quirúrgico o no quirúrgico para cualquier problema de articulación mandibular, incluso cualquier trastorno de articulación temporomandibular, cráneo-maxilar, cráneo-mandibular u otras afecciones de las articulaciones que unen la mandíbula y el cráneo; o el tratamiento de los músculos faciales usados en la expresión y la función de masticado, por síntomas que incluyen, entre otros, los dolores de cabeza.

South Dakota

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

1. Cualquier gasto incurrido por los que se pagan beneficios bajo cualquier ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional.
2. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
 - b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
3. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
 - c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
5. No acudir a una cita con el dentista.
6. Cualquier servicio que consideremos de odontología estética a menos que sea necesario como consecuencia de una lesión accidental recibida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideramos que son cosméticos los siguientes procedimientos odontológicos:

- a. Carillas para coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los pilares) posterior al segundo bicúspide.
 - b. Cualquier servicio para corregir deformaciones congénitas;
 - c. Cualquier servicio realizado principalmente para mejorar la apariencia; o
 - d. Caracterizaciones y personalizaciones de dispositivos prostéticos.
7. Cargos por:
- a. Cualquier tipo de implante y todos los servicios relacionados, incluso las coronas y sus dispositivos prostéticos.
 - b. Aditamentos de precisión o semi-precisión.
 - c. Sobredentaduras y cualquier tratamiento endodóntico asociado con sobredentaduras.
 - d. Otros aditamentos adaptados a la medida.
8. Cualquier servicio relacionado con:
- a. Alteración de la dimensión vertical de los dientes;
 - b. Restauración o mantenimiento de una oclusión;
 - c. Dientes ferulizados, incluyendo múltiples pilares, o cualquier servicio para estabilizar dientes debilitados periodontalmente;
 - d. Reemplazo de estructuras de dientes perdidas como resultado de la abrasión, desgaste, erosión o abfracción; o
 - e. Registro de mordida o análisis de mordida.
9. Control de infecciones, incluidas las técnicas de esterilización, entre otras.
10. Cargos por tratamientos realizados por alguien que no es dentista, con excepción del raspado, la limpieza dental y la aplicación tópica de flúor, que pueden ser realizados por un higienista dental autorizado. El tratamiento debe realizarse bajo la supervisión y guía del dentista, de acuerdo con los estándares dentales generalmente aceptados.
11. Cualquier hospital, establecimiento quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anesthesiólogo o anestesista.
12. Los medicamentos con receta médica o medicamentos previos a la anestesia, ya sean dispensados o recetados.
13. Cualquier servicio no indicado específicamente en su plan de beneficios.
14. Cualquier servicio que determinemos que:
- a. no sea una necesidad dental;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considera de carácter experimental o investigativo.
15. Servicios ortodónticos, a menos que se especifiquen en el resumen de sus beneficios.
16. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o

- después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza (a menos que el servicio aparezca como elegible bajo la extensión de beneficios).
17. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
18. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
19. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
20. Anestesia local, irrigación, óxido nitroso, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, planes de tratamiento, ajustes oclusivos, o preparación de tejidos asociada con la impresión o colocación de una restauración cuando se cobra como un servicio separado. Estos servicios se consideran parte integrante del servicio dental total.
21. Reparación y reemplazo de aparatos de ortodoncia.
22. Cualquier tratamiento quirúrgico o no quirúrgico para cualquier problema de articulación mandibular, incluso cualquier trastorno de articulación temporomandibular, cráneo-maxilar, cráneo-mandibular u otras afecciones de las articulaciones que unen la mandíbula y el cráneo; o el tratamiento de los músculos faciales usados en la expresión y la función de masticado, por síntomas que incluyen, entre otros, los dolores de cabeza.

Cobertura adicional

No pagaremos beneficios por ninguna lesión accidental si existe otro seguro que proporcione pagos o cobertura de gastos, independientemente de si esa otra cobertura se describe como primaria, adicional o contingente. Si su reclamo contra otra aseguradora es denegado o parcialmente pagado, procesaremos su reclamo de acuerdo con los términos y condiciones de este certificado. Si realizamos un pago, usted accede a cedernos cualquier derecho que tenga contra la otra aseguradora por los gastos dentales que paguemos. Los pagos efectuados por la otra aseguradora serán acreditados a cualquier coaseguro aplicable o deducible por año calendario.

Texas

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

Cualquier gasto en el que incurra y al que tenga derecho bajo cualquier ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional, ya sea que usted haya solicitado o no cobertura.

Servicios:

Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;

Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión

política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.

Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:

una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.

Cualquier gasto que surja por rellenar formularios. No acudir a una cita con el dentista.

Cualquier servicio que consideremos de odontología estética a menos que sea necesario como consecuencia de una lesión accidental recibida mientras usted está cubierto por esta póliza.

Consideramos que son cosméticos los siguientes procedimientos odontológicos:

Carillas para coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los pilares) posterior al segundo bicúspide.

Cualquier servicio para corregir deformaciones congénitas;

Cualquier servicio realizado principalmente para mejorar la apariencia; o

Caracterizaciones y personalizaciones de dispositivos protésicos.

Cargos por:

Cualquier tipo de implante y todos los servicios relacionados, incluso las coronas y sus dispositivos protésicos.

Aditamentos de precisión o semi-precisión.

Sobredentaduras y cualquier tratamiento endodóntico asociado con sobredentaduras.

Otros aditamentos adaptados a la medida.

Cualquier servicio relacionado con:

Alteración de la dimensión vertical de los dientes;

Restauración o mantenimiento de una oclusión:

Dientes ferulizados, incluyendo múltiples pilares, o cualquier servicio para estabilizar dientes debilitados periodontalmente;

Reemplazo de estructuras de dientes perdidas como resultado de la abrasión, desgaste, erosión o abfracción; o

Registro de mordida o análisis de mordida.

Control de infecciones, incluidas las técnicas de esterilización, entre otras.

Cargos por tratamientos realizados por alguien que no es dentista, con excepción del raspado, la limpieza dental y la aplicación tópica de flúor, que pueden ser realizados por un higienista dental autorizado. El tratamiento debe realizarse bajo la supervisión y guía del dentista, de acuerdo con los estándares dentales generalmente aceptados.

Cualquier hospital, establecimiento quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anestesiólogo o anestesta.

Los medicamentos con receta médica o medicamentos previos a la anestesia, ya sean dispensados o recetados.

Cualquier servicio no indicado específicamente en su plan de beneficios.

Cualquier servicio que determinemos que:

no sea una necesidad dental;

no ofrezca una prognosis favorable;

no cuente con un respaldo profesional uniforme; o

se considera de carácter experimental o investigativo.

Servicios ortodónticos, a menos que se especifiquen en el resumen de sus beneficios.

Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza (a menos que el servicio aparezca como elegible bajo la extensión de beneficios).

Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.

Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.

Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.

Anestesia local, irrigación, óxido nitroso, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, planes de tratamiento, ajustes oclusivos, o preparación de tejidos asociada con la impresión o colocación de una restauración cuando se cobra como un servicio separado. Estos servicios se consideran parte integrante del servicio dental total.

Reparación y reemplazo de aparatos de ortodoncia.

Cualquier tratamiento quirúrgico o no quirúrgico para cualquier problema de articulación mandibular, incluso cualquier trastorno de articulación temporomandibular, cráneo-maxilar, cráneo-mandibular u otras afecciones de las articulaciones que unen la mandíbula y el cráneo; o el tratamiento de los músculos faciales usados en la expresión y la función de masticado, por síntomas que incluyen, entre otros, los dolores de cabeza.

Utah

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

1. Cualquier gasto en el que incurra y al que tenga derecho bajo cualquier ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional, ya sea que usted haya solicitado o no cobertura.
2. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y

- reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
 - b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
- 3. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
 - c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
- 4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
- 5. No acudir a una cita con el dentista.
- 6. Cualquier servicio que consideremos de odontología estética a menos que sea necesario como consecuencia de una lesión accidental recibida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideramos que son cosméticos los siguientes procedimientos odontológicos:
 - a. Carillas para coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los pilares) posterior al segundo bicúspide.
 - b. Cualquier servicio para corregir deformaciones congénitas;
 - c. Cualquier servicio realizado principalmente para mejorar la apariencia; o
 - d. Caracterizaciones y personalizaciones de dispositivos prostéticos.
- 7. Cargos por:
 - a. Cualquier tipo de implante y todos los servicios relacionados, incluso las coronas y sus dispositivos prostéticos.
 - b. Aditamentos de precisión o semi-precisión.
 - c. Sobredentaduras y cualquier tratamiento endodóntico asociado con sobredentaduras.
 - d. Otros aditamentos adaptados a la medida.
- 8. Cualquier servicio relacionado con:
 - a. Alteración de la dimensión vertical de los dientes;
 - b. Restauración o mantenimiento de una oclusión;
 - c. Dientes ferulizados, incluyendo múltiples pilares, o cualquier servicio para estabilizar dientes debilitados periodontalmente;
 - d. Reemplazo de estructuras de dientes perdidas como resultado de la abrasión, desgaste, erosión o abfracción; o
 - e. Registro de mordida o análisis de mordida.
- 9. Control de infecciones, incluidas las técnicas de esterilización, entre otras.
- 10. Cargos por tratamientos realizados por alguien que no es dentista, con excepción del raspado, la limpieza dental y la aplicación tópica de flúor, que pueden ser realizados por un higienista dental autorizado. El tratamiento debe realizarse bajo la supervisión y guía del dentista, de acuerdo con los estándares dentales generalmente aceptados.
- 11. Cualquier hospital, establecimiento quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anestesiólogo o anestesista.
- 12. Los medicamentos con receta médica o medicamentos previos a la anestesia, ya sean dispensados o recetados.
- 13. Cualquier servicio no indicado específicamente en los beneficios de su plan.
- 14. Cualquier servicio que determinemos que:
 - a. no sea una necesidad dental;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considera de carácter experimental o investigativo.
- 15. Servicios ortodónticos, a menos que se especifiquen en el resumen de sus beneficios.
- 16. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza (a menos que el servicio aparezca como elegible bajo la extensión de beneficios).
- 17. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
- 18. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
- 19. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
- 20. Anestesia local, irrigación, óxido nitroso, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, planes de tratamiento, ajustes oclusivos, o preparación de tejidos asociada con la impresión o colocación de una restauración cuando se cobra como un servicio separado. Estos servicios se consideran parte integrante del servicio dental total.
- 21. Reparación y reemplazo de aparatos de ortodoncia.
- 22. Cualquier tratamiento quirúrgico o no quirúrgico para cualquier problema de articulación mandibular, incluso cualquier trastorno de articulación temporomandibular, cráneo-maxilar, cráneo-mandibular u otras afecciones de las articulaciones que unen la mandíbula y el cráneo; o el tratamiento de los músculos faciales usados en la expresión y la función de masticado, por síntomas que incluyen, entre otros, los dolores de cabeza.

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

1. Cualquier gasto en el que incurra y al que tenga derecho bajo cualquier ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional, ya sea que usted haya solicitado o no cobertura.
2. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
 - b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
3. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
 - c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
5. No acudir a una cita con el dentista.
6. Cualquier servicio que consideremos de odontología estética a menos que sea necesario como consecuencia de una lesión accidental recibida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideramos que son cosméticos los siguientes procedimientos odontológicos:
 - a. Carillas para coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los pilares) posterior al segundo bicúspide.
 - b. Cualquier servicio realizado principalmente para mejorar la apariencia; o
 - c. Caracterizaciones y personalizaciones de dispositivos prostéticos.
7. Cargos por:
 - a. Cualquier tipo de implante y todos los servicios relacionados, incluso las coronas y sus dispositivos prostéticos.
 - b. Aditamentos de precisión o semi-precisión.
 - c. Sobredentaduras y cualquier tratamiento endodóntico asociado con sobredentaduras.
 - d. Otros aditamentos adaptados a la medida.
8. Cualquier servicio relacionado con:
 - a. Alteración de la dimensión vertical de los dientes;
 - b. Restauración o mantenimiento de una oclusión;
 - c. Dientes ferulizados, incluyendo múltiples pilares, o cualquier servicio para estabilizar dientes debilitados periodontalmente;
 - d. Reemplazo de estructuras de dientes perdidas como resultado de la abrasión, desgaste, erosión o abfracción; o
 - e. Registro de mordida o análisis de mordida.
9. Control de infecciones, incluidas las técnicas de esterilización, entre otras.
10. Cargos por tratamientos realizados por alguien que no es dentista, con excepción del raspado, la limpieza dental y la aplicación tópica de flúor, que pueden ser realizados por un higienista dental autorizado. El tratamiento debe realizarse bajo la supervisión y guía del dentista, de acuerdo con los estándares dentales generalmente aceptados.
11. Cualquier hospital, establecimiento quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anestesiólogo o anestesista.
12. Los medicamentos con receta médica o medicamentos previos a la anestesia, ya sean dispensados o recetados.
13. Cualquier servicio no indicado específicamente en los beneficios de su plan.
14. Cualquier servicio que determinemos que:
 - a. no sea una necesidad dental;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considera de carácter experimental o investigativo.
15. Servicios ortodónticos, a menos que se especifiquen en el resumen de sus beneficios.
16. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza (a menos que el servicio aparezca como elegible bajo la extensión de beneficios).
17. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
18. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
19. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
20. Anestesia local, irrigación, óxido nitroso, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, planes de tratamiento, ajustes oclusivos, o preparación de tejidos asociada con la impresión o colocación de una restauración cuando se cobra como un servicio separado. Estos servicios se consideran parte integrante del servicio dental total.
21. Reparación y reemplazo de aparatos de ortodoncia.
22. Cualquier tratamiento quirúrgico o no quirúrgico para cualquier problema de articulación mandibular, incluso cualquier trastorno de articulación temporomandibular, cráneo-maxilar,

cráneo-mandibular u otras afecciones de las articulaciones que unen la mandíbula y el cráneo; o el tratamiento de los músculos faciales usados en la expresión y la función de masticado, por síntomas que incluyen, entre otros, los dolores de cabeza.

Wisconsin

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

1. Cualquier gasto en el que incurra y al que tenga derecho bajo cualquier ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional, ya sea que usted haya solicitado o no cobertura.
2. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
 - b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
3. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
 - c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
5. No acudir a una cita con el dentista.
6. Cualquier servicio que consideremos de odontología estética a menos que sea necesario como consecuencia de una lesión accidental recibida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideramos que son cosméticos los siguientes procedimientos odontológicos:
 - a. Carillas para coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los pilares) posterior al segundo bicúspide.
 - b. Cualquier servicio para corregir deformaciones congénitas, a menos que el niño dependiente haya estado cubierto por esta póliza desde su nacimiento;
 - c. Cualquier servicio realizado principalmente para mejorar la apariencia; o
 - d. Caracterizaciones y personalizaciones de dispositivos prostéticos.
7. Cargos por:
 - a. Cualquier tipo de implante y todos los servicios relacionados, incluso las coronas y sus dispositivos prostéticos.
 - b. Aditamentos de precisión o semi-precisión.
 - c. Sobredentaduras y cualquier tratamiento endodóntico asociado con sobredentaduras.
 - d. Otros aditamentos adaptados a la medida.
8. Cualquier servicio relacionado con:
 - a. Alteración de la dimensión vertical de los dientes;
 - b. Restauración o mantenimiento de una oclusión;
 - c. Dientes ferulizados, incluyendo múltiples pilares, o cualquier servicio para estabilizar dientes debilitados periodontalmente;
 - d. Reemplazo de estructuras de dientes perdidas como resultado de la abrasión, desgaste, erosión o abfracción; o
 - e. Registro de mordida o análisis de mordida.
9. Control de infecciones, incluidas las técnicas de esterilización, entre otras.
10. Cargos por tratamientos realizados por alguien que no es dentista, con excepción del raspado, la limpieza dental y la aplicación tópica de flúor, que pueden ser realizados por un higienista dental autorizado. El tratamiento debe realizarse bajo la supervisión y guía del dentista, de acuerdo con los estándares dentales generalmente aceptados.
11. Cualquier hospital, establecimiento quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anesthesiólogo o anestesista.
12. Los medicamentos con receta médica o medicamentos previos a la anestesia, ya sean dispensados o recetados.
13. Cualquier servicio no indicado específicamente en los beneficios de su plan.
14. Cualquier servicio que determinemos que:
 - a. no sea una necesidad dental;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considere de carácter experimental, exploratorio o con fines de investigación.
15. Servicios ortodónticos, a menos que se especifiquen en el resumen de sus beneficios.
16. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza (a menos que el servicio aparezca como elegible bajo la extensión de beneficios).
17. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
18. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.

19. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
20. Anestesia local, irrigación, óxido nitroso, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, planes de tratamiento, ajustes oclusivos, o preparación de tejidos asociada con la impresión o colocación de una restauración cuando se cobra como un servicio separado. Estos servicios se consideran parte integrante del servicio dental total.
21. Reparación y reemplazo de aparatos de ortodoncia.
22. Cualquier tratamiento quirúrgico o no quirúrgico para cualquier problema de articulación mandibular, incluso cualquier trastorno de articulación temporomandibular, cráneo-maxilar, cráneo-mandibular u otras afecciones de las articulaciones que unen la mandíbula y el cráneo; o el tratamiento de los músculos faciales usados en la expresión y la función de masticado, por síntomas que incluyen, entre otros, los dolores de cabeza.

Cobertura adicional

No se pagarán beneficios bajo esta póliza por cuenta de ninguna lesión o enfermedad causada por usted, su dependiente o cualquier tercero, para la cual hay otro seguro que proporciona cobertura médica o dental o cobertura de gastos dentales ya sea que se describa como principal, adicional o contingente.

Procesaremos su reclamo de acuerdo con las cláusulas de la póliza y exigiremos el reembolso de los pagos médicos o dentales, o el pago por la compañía aseguradora de los gastos médicos o dentales.

Por medio de la presente usted nos cede cualquier derecho que tenga contra otra aseguradora por pagos médicos o dentales, o por cobertura de gastos médicos o dentales para procurar el reembolso de los gastos dentales que pagamos en su nombre.

El seguro dental MTV Standard Dental tiene suscripción de riesgos de Humana Dental Insurance Company.

Guía de información regulatoria y técnica del plan EyeMed Vision Care

Limitaciones y exclusiones

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan para el cuidado de la vista, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

1. Cualquier gasto en el que incurra y al que tenga derecho bajo cualquier ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional, ya sea que usted haya solicitado o no cobertura.
2. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
 - b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
3. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
 - c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
5. No acudir a una cita programada.
6. Cualquier hospital, establecimiento quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anestesiólogo o anestesta.
7. Los medicamentos con receta médica o medicamentos previos a la anestesia, ya sean dispensados o recetados.
8. Cualquier servicio no indicado específicamente en los beneficios de su plan.
9. Cualquier servicio que determinemos que:
 - a. no sea una necesidad visual;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considera de carácter experimental o investigativo.
10. Ortóptica o entrenamiento de la vista.
11. Dispositivos para la visión subnormal y análisis asociado
12. Lentes anisecónicos.

13. Cualquier servicio que consideremos de carácter cosmético.
14. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza.
15. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
16. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
17. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
18. Lentes sin corrección
19. Tratamiento médico o quirúrgico de uno o ambos ojos, o estructuras de apoyo
20. Reemplazo de lentes o monturas proporcionadas bajo este plan, que se hayan extraviado o roto, a menos que la disponibilidad bajo el plan sea otra.
21. Cualquier examen o material requerido por un empleador como condición de empleo, o anteojos de seguridad, a menos que estén cubiertos bajo esta póliza.
22. Dos pares de anteojos en lugar de bifocales;
23. Servicios o materiales proporcionados por cualquier otro beneficio de grupo que ofrezca cuidados para la vista.
24. Ciertas marcas cuando el fabricante exige que no se dé descuento.
25. Tratamiento correctivo para la vista, de naturaleza experimental.
26. Tratamientos patológicos
27. Artículos sin prescripción
28. Costos asociados con el materiales de sujeción
29. Servicios pre y post operatorios
30. Ortoqueratología
31. Mantenimiento de rutina para materiales
32. Reajuste o cambio en el diseño de lentes después de un ajuste inicial, a menos que se permita específicamente en otra parte del certificado.
33. Lentes pintados artísticamente

Limitaciones y exclusiones específicas por estado

California

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan para el cuidado de la vista, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

Cualquier gasto en el que incurra y al que tenga derecho bajo cualquier ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional, ya sea que usted haya solicitado o no cobertura.

Servicios:

Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a

cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;

Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o

Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.

Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:

una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;

cualquier acto de un conflicto armado internacional; o

cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.

Cualquier gasto que surja porque usted no acudió a una cita con un oftalmólogo o un optometrista.

Cualquier hospital, establecimiento quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anesiólogo o anestesista.

Los medicamentos con receta médica o medicamentos previos a la anestesia, ya sean dispensados o recetados.

Cualquier servicio no indicado específicamente en los beneficios de su plan.

Cualquier servicio que:

no sea una necesidad visual;

no ofrezca una prognosis favorable;

Ortótica o entrenamiento de la vista.

Dispositivos para la visión subnormal y análisis asociado

Lentes aniseicónicos

Cualquier servicio que consideremos de carácter cosmético.

Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza.

Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.

Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.

Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.

Lentes sin corrección.

Tratamiento médico o quirúrgico de uno o ambos ojos, o estructuras de apoyo

Reemplazo de lentes o monturas proporcionadas bajo este plan, que se hayan extraviado o roto, a menos que la disponibilidad bajo el plan sea otra.

Cualquier examen o material requerido por un empleador como condición de empleo o lentes de seguridad, a menos que estén cubiertos bajo esta póliza.

Dos pares de anteojos en lugar de bifocales;

Servicios o materiales proporcionados por cualquier otro beneficio de grupo que ofrezca cuidados para la vista.

Ciertas marcas cuando el fabricante exige que no se dé descuento.

Tratamiento correctivo para la vista, de naturaleza experimental.

Tratamientos patológicos

Artículos sin prescripción

Costos asociados con el materiales de sujeción.

Servicios pre y post operatorios.

Ortoqueratología.

Mantenimiento de rutina para materiales.

Reajuste o cambio en el diseño de lentes después de un ajuste inicial, a menos que se permita específicamente en otra parte del certificado.

Lentes pintados artísticamente.

Florida

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan para el cuidado de la vista, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

1. Cualquier gasto que surja en el curso de cualquier ocupación o empleo con pago, ganancias o utilidades por los que se pagan beneficios bajo la ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional o que se mantenga durante el mismo.
2. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
 - b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
3. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
 - c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
5. No acudir a una cita programada.
6. Cualquier hospital, establecimiento quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anesiólogo o anestesista.
7. Los medicamentos con receta médica o medicamentos previos a la anestesia, ya sean dispensados o recetados.
8. Cualquier servicio no indicado específicamente en los beneficios de su plan.

9. Cualquier servicio que determinemos que:
 - a. no sea una necesidad visual;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considera de carácter experimental o investigativo.
10. Ortóptica o entrenamiento de la vista.
11. Dispositivos para la visión subnormal y análisis asociado
12. Lentes aniseicónicos
13. Cualquier servicio que consideremos de carácter cosmético.
14. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza.
15. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
16. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
17. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
18. Lentes sin corrección.
19. Tratamiento médico o quirúrgico de uno o ambos ojos, o estructuras de apoyo.
20. Reemplazo de lentes o monturas proporcionadas bajo este plan, que se hayan extraviado o roto, a menos que la disponibilidad bajo el plan sea otra.
21. Cualquier examen o material requerido por un empleador como condición de empleo o lentes de seguridad, a menos que estén cubiertos bajo esta póliza.
22. Dos pares de anteojos en lugar de bifocales;
23. Servicios o materiales proporcionados por cualquier otro beneficio de grupo que ofrezca cuidados para la vista.
24. Ciertas marcas cuando el fabricante exige que no se dé descuento.
25. Tratamiento correctivo para la vista, de naturaleza experimental.
26. Tratamientos patológicos
27. Artículos sin prescripción
28. Costos asociados con el materiales de sujeción.
29. Servicios pre y post operatorios
30. Ortoqueratología.
31. Mantenimiento de rutina para materiales.
32. Reajuste o cambio en el diseño de lentes después de un ajuste inicial, a menos que se permita específicamente en otra parte del certificado.
33. Lentes pintados artísticamente.

Iowa

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan para el cuidado de la vista, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

1. Cualquier gasto en el que incurra y al que tenga derecho bajo cualquier ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional, y por los cuales usted no solicitó cobertura.

2. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
 - b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
3. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
 - c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
5. No acudir a una cita programada.
6. Cualquier hospital, establecimiento quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anesiólogo o anesista.
7. Los medicamentos con receta médica o medicamentos previos a la anestesia, ya sean dispensados o recetados.
8. Cualquier servicio no indicado específicamente en los beneficios de su plan.
9. Cualquier servicio que determinemos que:
 - a. no sea una necesidad visual;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considera de carácter experimental o investigativo.
10. Ortóptica o entrenamiento de la vista.
11. Dispositivos para la visión subnormal y análisis asociado
12. Lentes aniseicónicos
13. Cualquier servicio que consideremos de carácter cosmético.
14. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza.
15. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
16. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
17. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
18. Lentes sin corrección
19. Tratamiento médico o quirúrgico de uno o ambos ojos, o estructuras de apoyo

20. Reemplazo de lentes o monturas proporcionadas bajo este plan, que se hayan extraviado o roto, a menos que la disponibilidad bajo el plan sea otra.
21. Cualquier examen o material requerido por un empleador como condición de empleo o lentes de seguridad, a menos que estén cubiertos bajo esta póliza.
22. Dos pares de anteojos en lugar de bifocales;
23. Servicios o materiales proporcionados por cualquier otro beneficio de grupo que ofrezca cuidados para la vista.
24. Ciertas marcas cuando el fabricante exige que no se dé descuento.
25. Tratamiento correctivo para la vista, de naturaleza experimental.
26. Tratamientos patológicos
27. Artículos sin prescripción
28. Costos asociados con el materiales de sujeción
29. Servicios pre y post operatorios
30. Ortoqueratología.
31. Mantenimiento de rutina para materiales
32. Reajuste o cambio en el diseño de lentes después de un ajuste inicial, a menos que se permita específicamente en otra parte del certificado.
33. Lentes pintados artísticamente

Louisiana

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan para el cuidado de la vista, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

1. Cualquier gasto en el que incurra y al que tenga derecho bajo cualquier ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional, ya sea que usted haya solicitado o no cobertura.
2. Servicios:
 - a. Por los que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
 - b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
3. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
 - c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
5. No acudir a una cita programada.
6. Cualquier hospital, establecimiento quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anesthesiólogo o anestesista.
7. Los medicamentos con receta médica o medicamentos previos a la anestesia, ya sean dispensados o recetados.
8. Cualquier servicio no indicado específicamente en los beneficios de su plan.
9. Cualquier servicio que determinemos que:
 - a. no sea una necesidad visual;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considera de carácter experimental o investigativo
10. Ortóptica o entrenamiento de la vista.
11. Dispositivos para la visión subnormal y análisis asociado
12. Lentes aniseicónicos
13. Cualquier servicio que consideremos de carácter cosmético.
14. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza.
15. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
16. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
17. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
18. Lentes sin corrección
19. Tratamiento médico o quirúrgico de uno o ambos ojos, o estructuras de apoyo
20. Reemplazo de lentes o monturas proporcionadas bajo este plan, que se hayan extraviado o roto, a menos que la disponibilidad bajo el plan sea otra.
21. Cualquier examen o material requerido por un empleador como condición de empleo o lentes de seguridad, a menos que estén cubiertos bajo esta póliza.
22. Dos pares de anteojos en lugar de bifocales;
23. Servicios o materiales proporcionados por cualquier otro beneficio de grupo que ofrezca cuidados para la vista.
24. Ciertas marcas cuando el fabricante exige que no se dé descuento.
25. Tratamiento correctivo para la vista, de naturaleza experimental.
26. Tratamientos patológicos
27. Artículos sin prescripción
28. Costos asociados con el materiales de sujeción
29. Servicios pre y post operatorios
30. Ortoqueratología
31. Mantenimiento de rutina para materiales
32. Reajuste o cambio en el diseño de lentes después de un ajuste inicial, a menos que se permita específicamente en otra parte del certificado.
33. Lentes pintados artísticamente.

North Dakota

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan para el cuidado de la vista, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

1. Cualquier gasto en el que incurra y al que tenga derecho bajo cualquier ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional, ya sea que usted haya solicitado o no cobertura.
2. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
 - b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
3. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
 - c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
5. No acudir a una cita programada.
6. Cualquier hospital, establecimiento quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anestesiólogo o anestesta.
7. Los medicamentos con receta médica o medicamentos previos a la anestesia, ya sean dispensados o recetados.
8. Cualquier servicio no indicado específicamente en los beneficios de su plan.
9. Cualquier servicio que determinemos que:
 - a. no sea una necesidad visual;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considere de carácter experimental o investigativo.
10. Ortóptica o entrenamiento de la vista.
11. Dispositivos para la visión subnormal y análisis asociado
12. Lentes anisecónicos
13. Cualquier servicio que consideremos de carácter cosmético.
14. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza.
15. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
16. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
17. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
18. Lentes sin corrección
19. Tratamiento médico o quirúrgico de uno o ambos ojos, o estructuras de apoyo
20. Reemplazo de lentes o monturas proporcionadas bajo este plan, que se hayan extraviado o roto, a menos que la disponibilidad bajo el plan sea otra.
21. Cualquier examen o material requerido por un empleador como condición de empleo o lentes de seguridad, a menos que estén cubiertos bajo esta póliza.
22. Dos pares de anteojos en lugar de bifocales;
23. Servicios o materiales proporcionados por cualquier otro beneficio de grupo que ofrezca cuidados para la vista.
24. Ciertas marcas cuando el fabricante exige que no se dé descuento.
25. Tratamiento correctivo para la vista, de naturaleza experimental.
26. Tratamientos patológicos
27. Artículos sin prescripción
28. Costos asociados con el materiales de sujeción
29. Servicios pre y post operatorios
30. Ortoqueratología
31. Mantenimiento de rutina para materiales
32. Reajuste o cambio en el diseño de lentes después de un ajuste inicial, a menos que se permita específicamente en otra parte del certificado.
33. Lentes pintados artísticamente

Ohio

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan para el cuidado de la vista, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

1. Cualquier gasto en el que incurra y al que tenga derecho bajo cualquier ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional, ya sea que usted haya solicitado o no cobertura.
2. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
 - b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.

3. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
 - c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
5. No acudir a una cita programada.
6. Cualquier hospital, establecimiento quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anesestesiólogo o anesestesta.
7. Los medicamentos con receta médica o medicamentos previos a la anestesia, ya sean dispensados o recetados.
8. Cualquier servicio no indicado específicamente en los beneficios de su plan.
9. Cualquier servicio que determinemos que:
 - a. no sea una necesidad visual;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considera de carácter experimental o investigativo.
10. Ortóptica o entrenamiento de la vista.
11. Dispositivos para la visión subnormal y análisis asociado
12. Lentes aniseicónicos
13. Cualquier servicio que consideremos de carácter cosmético.
14. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza.
15. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
16. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
17. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
18. Lentes sin corrección
19. Tratamiento médico o quirúrgico de uno o ambos ojos, o estructuras de apoyo
20. Reemplazo de lentes o monturas proporcionadas bajo este plan, que se hayan extraviado o roto, a menos que la disponibilidad bajo el plan sea otra.
21. Cualquier examen o material requerido por un empleador como condición de empleo o lentes de seguridad, a menos que estén cubiertos bajo esta póliza.
22. Dos pares de anteojos en lugar de bifocales;
23. Servicios o materiales proporcionados por cualquier otro beneficio de grupo que ofrezca cuidados para la vista.
24. Ciertas marcas cuando el fabricante exige que no se dé descuento.
25. Tratamiento correctivo para la vista, de naturaleza experimental.
26. Tratamientos patológicos

27. Artículos sin prescripción
28. Costos asociados con el materiales de sujeción
29. Servicios pre y post operatorios
30. Ortoqueratología
31. Mantenimiento de rutina para materiales
32. Reajuste o cambio en el diseño de lentes después de un ajuste inicial, a menos que se permita específicamente en otra parte del certificado.
33. Lentes pintados artísticamente

Oklahoma

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan para el cuidado de la vista, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

1. Cualquier gasto en el que incurra y al que tenga derecho bajo cualquier ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional, ya sea que usted haya solicitado o no cobertura.
2. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
 - b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
3. Cualquier pérdida causada por una guerra o acto de guerra, o a la que haya contribuido una guerra o acto de guerra, ya sea o no declarada, mientras presta servicio militar o en una unidad auxiliar de éste.
4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
5. No acudir a una cita programada.
6. Cualquier hospital, establecimiento quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anesestesiólogo o anesestesta.
7. Los medicamentos con receta médica o medicamentos previos a la anestesia, ya sean dispensados o recetados.
8. Cualquier servicio no indicado específicamente en los beneficios de su plan.
9. Cualquier servicio que determinemos que:
 - a. no sea una necesidad visual;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considera de carácter experimental o investigativo.
10. Ortóptica o entrenamiento de la vista.
11. Dispositivos para la visión subnormal y análisis asociado, excepto según se disponga específicamente en otra parte del certificado.

12. Lentes anisecónicos
 13. Cualquier servicio que consideremos de carácter cosmético.
 14. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza.
 15. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
 16. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
 17. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
 18. Lentes sin corrección
 19. Tratamiento médico o quirúrgico de uno o ambos ojos, o estructuras de apoyo
 20. Reemplazo de lentes o monturas proporcionadas bajo este plan, que se hayan extraviado o roto, a menos que la disponibilidad bajo el plan sea otra.
 21. Cualquier examen o material requerido por un empleador como condición de empleo o lentes de seguridad, a menos que estén cubiertos bajo esta póliza.
 22. Dos pares de anteojos en lugar de bifocales;
 23. Servicios o materiales proporcionados por cualquier otro beneficio de grupo que ofrezca cuidados para la vista.
 24. Ciertas marcas cuando el fabricante exige que no se dé descuento.
 25. Tratamiento correctivo para la vista, de naturaleza experimental.
 26. Tratamientos patológicos
 27. Artículos sin prescripción
 28. Costos asociados con el materiales de sujeción.
 29. Servicios pre y post operatorios.
 30. Ortoqueratología.
 31. Mantenimiento de rutina para materiales.
 32. Reajuste o cambio en el diseño de lentes después de un ajuste inicial, a menos que se permita específicamente en otra parte del certificado.
 33. Lentes pintados artísticamente
- b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
3. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
 - c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
 4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
 5. No acudir a una cita programada.
 6. Cualquier hospital, establecimiento quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anesthesiólogo o anestesista.
 7. Los medicamentos con receta médica o medicamentos previos a la anestesia, ya sean dispensados o recetados.
 8. Cualquier servicio no indicado específicamente en los beneficios de su plan.
 9. Cualquier servicio que determinemos que:
 - a. no sea una necesidad visual;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considera de carácter experimental o investigativo.
 10. Ortóptica o entrenamiento de la vista.
 11. Dispositivos para la visión subnormal y cualquier otro análisis suplementario asociado
 12. Lentes anisecónicos
 13. Cualquier servicio que consideremos de carácter cosmético.
 14. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza.
 15. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
 16. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
 17. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
 18. Lentes sin corrección
 19. Tratamiento médico o quirúrgico de uno o ambos ojos, o estructuras de apoyo
 20. Reemplazo de lentes o monturas proporcionadas bajo este plan, que se hayan extraviado o roto, a menos que la disponibilidad bajo el plan sea otra.
 21. Cualquier examen o material requerido por un empleador como condición de empleo o lentes de seguridad, a menos que estén cubiertos bajo esta póliza.

Pennsylvania

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan para el cuidado de la vista, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

1. Cualquier gasto que surja en el curso de cualquier ocupación o empleo con pago, ganancias o utilidades para el que existe cobertura bajo la ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional o que se mantenga durante el mismo.
2. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;

22. Dos pares de anteojos en lugar de bifocales;
23. Servicios o materiales proporcionados por cualquier otro beneficio de grupo que ofrezca cuidados para la vista.
24. Ciertas marcas cuando el fabricante exige que no se dé descuento.
25. Tratamiento correctivo para la vista, de naturaleza experimental.
26. Tratamientos patológicos
27. Artículos sin prescripción
28. Costos asociados con el materiales de sujeción
29. Servicios pre y post operatorios
30. Ortoqueratología
31. Mantenimiento de rutina para materiales
32. Reajuste o cambio en el diseño de lentes después de un ajuste inicial, a menos que se permita específicamente en otra parte del certificado.
33. Lentes pintados artísticamente

Ley de responsabilidad financiera de vehículos motores de Pennsylvania

No se pagan beneficios conforme a esta póliza hasta que todos los beneficios a los que tenga derecho a cobertura bajo la Ley de responsabilidad financiera para vehículos de motor de Pennsylvania (o sus enmiendas) hayan sido agotados. Cualquier beneficio a su disposición conforme a esta póliza será adicional, y no una duplicación de cualquier cobertura disponible conforme a la Ley de responsabilidad financiera para vehículos de motor de Pennsylvania.

South Carolina

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan para el cuidado de la vista, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

1. Cualquier gasto incurrido que surgió en el curso de cualquier ocupación o empleo con pago, ganancias o utilidades por los que se pagan o proporcionan beneficios bajo la ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional o se mantuvo durante el mismo.
2. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
 - b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.

3. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
 - c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
5. No acudir a una cita programada.
6. Cualquier hospital, establecimiento quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anesthesiólogo o anestesista.
7. Los medicamentos con receta médica o medicamentos previos a la anestesia, ya sean dispensados o recetados.
8. Cualquier servicio no indicado específicamente en los beneficios de su plan.
9. Cualquier servicio que determinemos que:
 - a. no sea una necesidad visual;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considera de carácter experimental o investigativo.
10. Ortóptica o entrenamiento de la vista.
11. Dispositivos para la visión subnormal y cualquier otro análisis suplementario asociado
12. Lentes anisecónicos
13. Cualquier servicio que consideremos de carácter cosmético.
14. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza.
15. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
16. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
17. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
18. Lentes sin corrección
19. Tratamiento médico o quirúrgico de uno o ambos ojos, o estructuras de apoyo
20. Reemplazo de lentes o monturas proporcionadas bajo este plan, que se hayan extraviado o roto, a menos que la disponibilidad bajo el plan sea otra.
21. Cualquier examen o material requerido por un empleador como condición de empleo o lentes de seguridad, a menos que estén cubiertos bajo esta póliza.
22. Dos pares de anteojos en lugar de bifocales;
23. Servicios o materiales proporcionados por cualquier otro beneficio de grupo que ofrezca cuidados para la vista.
24. Ciertas marcas cuando el fabricante exige que no se dé descuento.
25. Tratamiento correctivo para la vista, de naturaleza experimental.
26. Tratamientos patológicos

27. Artículos sin prescripción
28. Costos asociados con el materiales de sujeción
29. Servicios pre y post operatorios
30. Ortoqueratología
31. Mantenimiento de rutina para materiales
32. Reajuste o cambio en el diseño de lentes después de un ajuste inicial, a menos que se permita específicamente en otra parte del certificado.
33. Lentes pintados artísticamente.

South Dakota

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan para el cuidado de la vista, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

1. Cualquier gasto incurrido por los que se pagan beneficios bajo cualquier ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional.
2. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;
 - b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
3. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
 - c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
5. No acudir a una cita programada.
6. Cualquier hospital, establecimiento quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anestesiólogo o anestesista.
7. Los medicamentos con receta médica o medicamentos previos a la anestesia, ya sean dispensados o recetados.
8. Cualquier servicio no indicado específicamente en los beneficios de su plan.
9. Cualquier servicio que determinemos que:
 - a. no sea una necesidad visual;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considera de carácter experimental o investigativo.
10. Ortóptica o entrenamiento de la vista.

11. Dispositivos para la visión subnormal y cualquier otro análisis suplementario asociado
12. Lentes aniseicónicos
13. Cualquier servicio que consideremos de carácter cosmético.
14. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza.
15. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
16. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
17. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
18. Lentes sin corrección
19. Tratamiento médico o quirúrgico de uno o ambos ojos, o estructuras de apoyo
20. Reemplazo de lentes o monturas proporcionadas bajo este plan, que se hayan extraviado o roto, a menos que la disponibilidad bajo el plan sea otra.
21. Cualquier examen o material requerido por un empleador como condición de empleo o lentes de seguridad, a menos que estén cubiertos bajo esta póliza.
22. Dos pares de anteojos en lugar de bifocales;
23. Servicios o materiales proporcionados por cualquier otro beneficio de grupo que ofrezca cuidados para la vista.
24. Ciertas marcas cuando el fabricante exige que no se dé descuento.
25. Tratamiento correctivo para la vista, de naturaleza experimental.
26. Tratamientos patológicos
27. Artículos sin prescripción
28. Costos asociados con el materiales de sujeción
29. Servicios pre y post operatorios
30. Ortoqueratología
31. Mantenimiento de rutina para materiales
32. Reajuste o cambio en el diseño de lentes después de un ajuste inicial, a menos que se permita específicamente en otra parte del certificado.
33. Lentes pintados artísticamente

Utah

Además de las limitaciones y exclusiones indicadas en la sección de beneficios de su plan para el cuidado de la vista, esta póliza no proporciona beneficios en los casos siguientes:

1. Cualquier gasto en el que incurra y al que tenga derecho bajo cualquier ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional, ya sea que usted haya solicitado o no cobertura.
2. Servicios:
 - a. Que son gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviese este seguro, a menos que los cargos sean recibidos del gobierno estadounidense y reembolsables a este o a cualquiera de sus agencias, según lo disponen las leyes;

- b. Prestados o pagaderos por cualquier plan o ley de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid); o
 - c. Prestados u operados por cualquier hospital/institución o agencia propiedad del gobierno estadounidense, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
 3. Cualquier pérdida causada por o a la que haya contribuido:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada;
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional; o
 - c. cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
 4. Cualquier gasto que surja por rellenar formularios.
 5. No acudir a una cita programada.
 6. Cualquier hospital, establecimiento quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anestesiólogo o anestesista.
 7. Los medicamentos con receta médica o medicamentos previos a la anestesia, ya sean dispensados o recetados.
 8. Cualquier servicio no indicado específicamente en los beneficios de su plan.
 9. Cualquier servicio que determinemos que:
 - a. no sea una necesidad visual;
 - b. no ofrezca una prognosis favorable;
 - c. no cuente con un respaldo profesional uniforme; o
 - d. se considera de carácter experimental o investigativo.
 10. Cualquier servicio que consideremos de carácter cosmético.
 11. Cualquier gasto en el que incurra antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de la fecha en que termina su cobertura bajo esta póliza.
 12. Los servicios prestados por alguien que convive habitualmente con usted o que es miembro de su familia.
 13. Los cargos que sobrepasen el límite de reembolso por el servicio.
 14. Tratamientos resultantes de una lesión auto infligida o una enfermedad corporal.
 15. Tratamiento médico o quirúrgico de uno o ambos ojos, o estructuras de apoyo
 16. Reemplazo de lentes o monturas proporcionadas bajo este plan, que se hayan extraviado o roto, a menos que la disponibilidad bajo el plan sea otra.
 17. Cualquier examen o material requerido por un empleador como condición de empleo o lentes de seguridad, a menos que estén cubiertos bajo esta póliza.
 18. Dos pares de anteojos en lugar de bifocales;
 19. Servicios o materiales proporcionados por cualquier otro beneficio de grupo que ofrezca cuidados para la vista.
 20. Tratamiento correctivo para la vista, de naturaleza experimental.
 21. Soluciones o productos de limpieza para anteojos o lentes de contacto.
 22. Lentes de contacto
 23. Tratamientos patológicos
 24. Artículos sin prescripción
 25. Costos asociados con el materiales de sujeción
 26. Servicios pre y post operatorios
 27. Mantenimiento de rutina para materiales
 28. Reajuste o cambio en el diseño de lentes después de un ajuste inicial, a menos que se permita específicamente en otra parte del certificado.
 29. Lentes pintados artísticamente
- El producto EyeMed Vision tiene suscripción de riesgos de Humana Insurance Company.

Guía de información regulatoria y técnica del plan Vision Care Plan (VCP)

Preguntas

Para preguntas generales sobre el plan llame al a nuestro departamento de Atención al cliente al 1-800-865-3676 o visite nuestro sitio Web en www.visioncare.com.

Limitaciones y exclusiones

Limitaciones

La cobertura nunca excederá el menor de los montos siguientes:

1. El costo actual de los servicios o materiales cubiertos;
2. Los límites de la póliza, que aparecen en la descripción de beneficios; o
3. El subsidio que aparece en la descripción de beneficios.

Los materiales cubiertos por la póliza que se extravían o rompen solo serán reemplazados en intervalos normales según se dispone en la descripción de beneficios.

Pagaremos solamente el costo básico de los lentes y monturas cubiertas por la póliza. El asegurado es responsable de los extras que seleccione, incluido, entre otros:

1. Lentes bifocales invisibles;
2. Lentes progresivos multifocales;
3. Lentes fotocromáticos; lentes oscuros, lentes de sol, con prescripción y sin corrección;
4. Recubrimiento de lente o lentes;
5. Laminado de lente o lentes;
6. Ranurado, perforado, biselado y pulido; a menos que la descripción de beneficios específicamente los identifique como beneficios cubiertos.

Exclusiones

No cubrimos:

1. Ortóptica, entrenamiento de la vista ni cualquier otro análisis suplementario asociado;
2. Dos pares de anteojos en lugar de bifocales, trifocales o progresivos;
3. Tratamiento médico o quirúrgico de la vista;
4. Cualesquiera servicios o materiales requeridos por un empleador como condición de empleo;
5. Cualquier lesión o enfermedad cubierta bajo cualquier ley de compensación laboral o similar;
6. Dispositivos para la visión subnormal, lentes anisicónicos o sin receta médica;
7. Cargos incurridos después de: (a) la terminación de la póliza; o (b) que termine la cobertura del asegurado bajo la póliza, con excepción de lo que la póliza indique;

8. Tratamientos o dispositivos experimentales o no convencionales;
9. Lentes de contacto, excepto lo cubierto específicamente bajo la póliza;
10. Estilos de alto índice, esféricos y no esféricos;
11. Lente o lentes extra grandes, de 61 o más;
12. Artículos de carácter cosmético, a menos que la descripción de beneficios los identifique como beneficio cubierto.

El Plan Vision Care tiene suscripción de riesgos de las siguientes compañías de Humana: Humana Insurance Company y CompBenefits Insurance Company.

Guía de información regulatoria y técnica del beneficio por muerte accidental o desmembramiento

Limitaciones y exclusiones. El seguro por muerte por accidente o lesiones corporales NO cubre pérdidas a consecuencia de:

1. Una enfermedad auto inducida, intento de suicidio o lesiones corporales auto infligidas, ya sea que se trate de una persona con o sin pleno uso de sus facultades mentales.
2. Ingerir voluntariamente cualquier sedante, alcohol o veneno, o inhalar cualquier gas, a menos que la ingestión o inhalación se haga por prescripción o la administre un profesional de atención médica calificado.
3. Estar bajo los efectos del alcohol o bajo la influencia de cualquier narcótico o alucinógeno, a menos que haya sido administrado bajo la recomendación de un profesional de atención médica calificado.
4. Viajar o volar en cualquier tipo de dispositivo para navegación aérea, excepto como pasajero que paga su pasaje en una aerolínea de pasajeros autorizada.
5. Cometer o intentar cometer un delito grave o agresión civil o criminal.
6. Manejar mientras se está bajo lo que legalmente se considera efectos del alcohol o bajo la influencia de una sustancia ilegal. Estar bajo los efectos del alcohol significa que el contenido de alcohol en sangre o los resultados de otros mecanismos para medir el nivel de alcohol en la sangre alcanzan o superan lo que legalmente se considera como estar bajo los efectos del alcohol de acuerdo con la ley del estado en el que ocurre el accidente.
7. El servicio en cualquiera de las fuerzas armadas, excepto si usted está en servicio activo temporal como reservista para un entrenamiento militar por 30 días o menos.
8. Lesión corporal o enfermedad a la que haya contribuido o haya sido causada por:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada; o
 - b. cualquier acto de conflicto armado, o cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad.
9. Participación en disturbios, rebeliones o insurrecciones. Participación significa tomar parte activa conjuntamente con otros. Disturbios significa cualquier uso o amenaza de uso de fuerza o violencia por tres o más personas sin autoridad legal.
10. Conducir u operar un vehículo motorizado sin una licencia de manejo válida.
11. Conducir u operar un vehículo motorizado por encima del límite de velocidad legal.
12. Padecimientos corporales o mentales, o su tratamiento médico o quirúrgico, o cualquier

infección, a menos que sea el resultado directo de una lesión corporal o que resulte de la ingestión accidental de una sustancia contaminada.

13. Participación en deportes de riesgo, incluido, entre otros: salto con cuerda elástica, carrera de vehículos motorizados, escalada en roca, eventos de rodeo, submarinismo, paracaidismo acrobático, paracaidismo, vuelo con ala delta o vuelos en globo.

Limitaciones y exclusiones específicas por estado

Las limitaciones y exclusiones son revisadas según se detalla a continuación:

Illinois

2. Ingerir voluntariamente cualquier sedante, droga o veneno, o inhalar cualquier gas, a menos que la ingestión o la inhalación se hagan por prescripción o las administre un profesional de atención médica calificado.
8. Lesión corporal o enfermedad causada por
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada; o
 - b. cualquier acto de conflicto armado, o cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad.

Kentucky

2. Ingerir voluntariamente cualquier sedante, narcótico o alucinógeno, alcohol o veneno, o inhalar cualquier gas, a menos que la ingestión o inhalación se haga por prescripción o se administre por un profesional de atención médica calificado.

Louisiana

2. Ingerir voluntariamente cualquier sedante, narcótico o alucinógeno, alcohol o veneno, o inhalar cualquier gas, a menos que la ingestión o inhalación se haga por prescripción o se administre por un profesional de atención médica calificado.

Maryland

13. La participación en los siguientes deportes de riesgo: salto con cuerda elástica, carrera de vehículos motorizados, escalada en roca, eventos de rodeo, submarinismo, paracaidismo acrobático, paracaidismo, vuelo con ala delta o vuelos en globo.

Minnesota

5. Cometer o intentar cometer un delito grave.

Missouri

1. Enfermedad auto inducida, intento de suicidio o lesiones corporales auto infligidas, mientras la persona

está en pleno uso de sus facultades mentales.

Nebraska

3. No corresponde.

Oklahoma

8. Lesión corporal o enfermedad a la que haya contribuido o haya sido causada por cualquier guerra o acto de guerra declarado, mientras está al servicio de las fuerzas armadas o de una unidad anexa a éstas.

South Dakota

1. No corresponde.
2. No corresponde.

El producto Life tiene suscripción de riesgos de las siguientes compañías de Humana: Humana Insurance Company, Humana Health Insurance Company of Florida, Inc. o Humana Insurance Company of Kentucky.

Guía de información regulatoria y técnica - seguro de vida a término voluntario

Limitaciones y exclusiones

En caso de fallecimiento causado por una enfermedad auto inducida, suicidio o lesiones corporales auto infligidas dentro del primer año a partir de la fecha de entrada en vigor del certificado del asegurado, ya sea que se trate de una persona con o sin pleno uso de sus facultades mentales, el beneficio del seguro de vida voluntario estará limitado a la prima pagada, .

Los beneficios del seguro de vida a término voluntario no cubren pérdidas que resulten de:

1. Enfermedades auto inducidas, intento de suicidio o lesiones corporales auto infligidas, ya sea que se trate de una persona con o sin pleno uso de sus facultades mentales, ocurridas durante el primer año a partir de la fecha de entrada en vigor de su cobertura. Los beneficios están limitados a la prima del seguro de vida a término voluntario pagada por el empleado.
2. Ingerir voluntariamente durante el primer año a partir de la fecha de entrada en vigor de su cobertura cualquier sedante, alcohol o veneno, o inhalar cualquier gas, a menos que la ingestión o inhalación se haga por prescripción o la administre un profesional de atención médica calificado. Los beneficios estarán limitados a la prima pagada de este seguro de vida a término voluntario pagada por el empleado.
3. Viajar o volar en cualquier tipo de dispositivo para navegación aérea, excepto como pasajero que paga su pasaje en una aerolínea de pasajeros autorizada.
4. Cometer o intentar cometer un delito mayor o agresión civil o criminal.
5. El servicio en cualquiera de las fuerzas armadas, excepto si usted está en servicio activo temporal como reservista para un entrenamiento militar por 30 días o menos.
6. Lesión corporal o enfermedad a la que haya contribuido o haya sido causada por:
 - a. una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada; o
 - b. cualquier acto de conflicto armado, o cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad.
7. Participación en un disturbio, rebelión o insurrección. Participación significa tomar parte activa conjuntamente con otros. Disturbio significa cualquier uso o amenaza de uso de fuerza o violencia por tres o más personas sin autoridad legal.

Limitaciones y exclusiones específicas por estado

Las limitaciones y exclusiones son revisadas según se detalla a continuación:

Illinois

2. Ingerir voluntariamente durante el primer año a partir de la fecha de entrada en vigor de su cobertura cualquier sedante, droga o veneno, o inhalar cualquier gas, a menos que la ingestión o la inhalación se haga por prescripción o la administre un profesional de atención médica calificado. Los beneficios estarán limitados a la prima de este seguro de vida a término voluntario pagada por el empleado.
6. Lesión corporal o enfermedad causada por: una guerra o un acto de guerra, ya sea o no declarada; o cualquier acto de conflicto armado, o cualquier conflicto que involucre fuerzas armadas de cualquier autoridad.

Kansas

Las exclusiones y limitaciones no corresponden.

Kentucky

2. Ingerir voluntariamente durante el primer año a partir de la fecha de entrada en vigor de su cobertura cualquier sedante, narcótico o alucinógeno, alcohol o veneno, o inhalar cualquier gas, a menos que la ingestión o inhalación se haga por prescripción o la administre un profesional de atención médica calificado. Los beneficios estarán limitados a la prima pagada por este seguro de vida a término voluntario del empleado.

Louisiana

2. Ingerir voluntariamente durante el primer año a partir de la fecha de entrada en vigor de su cobertura cualquier sedante, narcótico o alucinógeno, alcohol o veneno, o inhalar cualquier gas, a menos que la ingestión o inhalación se haga por prescripción o la administre un profesional de atención médica calificado. Los beneficios estarán limitados a la prima pagada por este seguro de vida a término voluntario del empleado.

Minnesota

4. Cometer o intentar cometer un delito grave.

Missouri

1. No corresponde.
2. No corresponde.
3. No corresponde.
5. No corresponde.

Nebraska

1. Enfermedad auto inducida, intento de suicidio o lesión corporal auto infligida durante los primeros dos años a partir de la fecha de entrada en vigor de su cobertura, ya sea que se trate de una persona con o sin pleno uso de sus facultades mentales. Los beneficios están limitados a la prima pagada por el seguro de vida a término voluntario del empleado.
2. No corresponde.
3. No corresponde.
4. No corresponde.
5. No corresponde.

Ohio

1. No corresponde.
2. No corresponde.
4. No corresponde.
7. No corresponde.

Oklahoma

6. Lesión corporal o enfermedad a la que haya contribuido o haya sido causada por cualquier guerra o acto de guerra declarado, mientras está al servicio de las fuerzas armadas o de una unidad anexa a éstas.

South Dakota

2. No corresponde.

Tennessee

1. Suicidio cometido durante el primer año a partir de la fecha de entrada en vigor de su cobertura estando o no en pleno uso de sus facultades mentales. Los beneficios estarán limitados a la prima pagada por este seguro de vida a término voluntario.
2. No corresponde.
4. No corresponde.
5. Fallecimiento como resultado del servicio en cualquiera de las fuerzas armadas, en tiempo de guerra, excepto si usted está en servicio activo temporal como reservista para un entrenamiento militar por 30 días o menos.

Utah

Las exclusiones y limitaciones no corresponden.

El producto Life tiene suscripción de riesgos de las siguientes compañías de Humana: Humana Insurance Company, Humana Health Insurance Company of Florida, Inc. o Humana Insurance Company of Kentucky

HUMANA.
Specialty Benefits

