



## Resumen de Beneficios Dentales y Matriz de Divulgación de Cobertura (SDBC por sus siglas en inglés)

### Parte I: INFORMACIÓN GENERAL

**Nombre del Plan:** MediExcel Dental Plan

**Tipo de Línea de Producto:** DHMO

**Fecha Efectiva:** 01/01/2025–12/31/2025

**Nombre del Producto:** D100

**# de Teléfono del Plan #:** 1-619-365-4346

**Página Web del Plan:** [www.mediexcel.com](http://www.mediexcel.com)

ESTA MATRIZ FUÉ DISEÑADA PARA AYUDARTE A COMPARAR LOS BENEFICIOS DE COBERTURA Y LO QUE PAGARÁS POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS. ESTO ES SÓLO UN RESUMEN Y NO INCLUYE LOS COSTOS DE LA PRIMA DE ESTE PAQUETE DE BENEFICIOS DENTALES. CONSULTA TU EVIDENCIA DE COBERTURA Y EL CONTRATO DENTAL PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS CUBIERTOS Y SUS LIMITACIONES. PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE TU COBERTURA, VISITA EL SITIO WEB DEL PLAN EN [www.mediexcel.com](http://www.mediexcel.com) O LLAMA AL 619-365-4346.

ESTA MATRIZ NO ES UNA GARANTÍA DE GASTOS NI DE PAGO.

### Parte II: DEDUCIBLES

Deducible	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Dental	Ninguno	No se cubre

- **No existe un deducible.**
- Un **deducible** es la cantidad que debes pagar por los servicios cubiertos cada año del plan, antes de que el plan comience a pagar el costo de los tratamientos cubiertos.
- Los **servicios dentro de la red** son servicios de atención dental proporcionados por dentistas u otros proveedores dentales autorizados, que tienen un contrato con tu plan para brindarte la atención.
- Los **servicios fuera de la red** son servicios de atención dental proporcionados por dentistas u otros proveedores dentales autorizados, que no tienen contrato con tu plan.

### **Parte III: CANTIDAD MÁXIMA QUE PAGARÀ EL PLAN**

<b>Máximo</b>	<b>Dentro de la Red</b>	<b>Fuera de la Red</b>
<b>Máximo Anual</b>	Ninguno	No se cubre
<b>Máximo de por Vida para Servicios de Ortodoncia</b>	Ninguno	No se cubre

- El **Máximo Anual** es el monto máximo en dólares que tu plan pagará por el costo de la atención dental dentro de un período de tiempo específico, generalmente un período de 12 meses consecutivos o un año calendario.
- El **Máximo de por Vida** significa al monto máximo en dólares que tu plan pagará durante la vida del afiliado. Los máximos de por vida generalmente se aplican a servicios específicos, como el tratamiento de ortodoncia.

### **Parte IV: PERIODOS DE ESPERA**

**Periodos de Espera:** Un período de espera es la cantidad de tiempo que debe pasar antes de que seas elegible para recibir beneficios o servicios para todos o ciertos tratamientos dentales. **Tu plan de beneficios dentales no tiene período de espera.**

### **Parte V: LO QUE PAGARÀS**

Todos los costos de copagos y coaseguros que se muestran en este cuadro aplican después de que hayas cumplido con tu deducible, si es que tu plan tiene un deducible. Todos los Procedimientos Dentales Comunes encajan en una de las siguientes categorías: Prevención y Diagnóstico, Básico o Mayor. La columna llamada Limitaciones y Exclusiones de Beneficios, únicamente incluye las limitaciones y exclusiones comunes. Para obtener una lista completa, consulta el documento de divulgación completo al que se hace referencia.

<b>Procedimientos Dentales Comunes</b>	<b>Categoría</b>	<b>Dentro de la Red</b>	<b>Fuera de la Red</b>	<b>Limitaciones y Exclusiones de Beneficios</b>
<b><i>Examen Oral</i></b>	Prevención y Diagnóstico	Sin cobro	No se cubre	Este beneficio se limita a dos evaluaciones orales por año calendario. Para más información sobre limitaciones y excepciones, consulta tu Evidencia de Cobertura y Formulario de Divulgación de tu Plan dental, dentro de la sección llamada Your Dental Benefits.
<b><i>Radiografías Panorámicas Interproximal (Mordida)</i></b>	Prevención y Diagnóstico	Sin cobro	No se cubre	Las radiografías interproximales se limitan a no más de una serie de cuatro láminas en cualquier período de seis meses.  Para más información sobre limitaciones y excepciones, consulta tu Evidencia de Cobertura y Formulario de Divulgación de tu Plan dental, dentro de la sección llamada Your Dental Benefits.
<b><i>Limpieza (Adulto)</i></b>	Prevención y Diagnóstico	Sin cobro	No se cubre	Este beneficio se limita a dos limpiezas por año calendario.  Para más información sobre limitaciones y excepciones, consulta tu Evidencia de Cobertura y Formulario de Divulgación de tu Plan dental, dentro de la sección llamada Your Dental Benefits.
<b><i>Empaste</i></b>	Básico	\$25	No se cubre	
<b><i>Extracción de Dientes Erupcionados o de una Raíz Expuesta</i></b>	Básico	\$65	No se cubre	
<b><i>Endodoncia</i></b>	Mayor	\$140	No se cubre	Para más información sobre limitaciones y excepciones, consulta tu Evidencia de Cobertura y Formulario de Divulgación de tu Plan dental, dentro de la sección llamada Your Dental Benefits.

Procedimientos Dentales Comunes	Categoría	Dentro de la Red	Fuera de la Red	Limitaciones y Exclusiones de Beneficios
<b><i>Raspado Periodontal y Alisado Radicular</i></b>	Básico	\$30	No se cubre	<p>Se permite el mantenimiento periodontal después de una terapia periodontal activa una vez cada seis meses.</p> <p>Para más información sobre limitaciones y excepciones, consulta tu Evidencia de Cobertura y Formulario de Divulgación de tu Plan dental, dentro de la sección llamada Your Dental Benefits.</p>
<b><i>Corona Cerámica</i></b>	Mayor	\$190	No se cubre	<p>Las coronas, jackets, incrustaciones, y las sobre incrustaciones son beneficios cubiertos para un mismo diente solo una vez cada cinco años.</p> <p>Para más información sobre limitaciones y excepciones, consulta tu Evidencia de Cobertura y Formulario de Divulgación de tu Plan dental, dentro de la sección llamada Your Dental Benefits.</p>
<b><i>Remoción de Dentadura Parcial</i></b>	Mayor	\$160	No se cubre	<p>El reemplazo de una dentadura existente solo se cubre si la dentadura tiene más de cinco años.</p> <p>Para más información sobre limitaciones y excepciones, consulta tu Evidencia de Cobertura y Formulario de Divulgación de tu Plan dental, dentro de la sección llamada Your Dental Benefits.</p>
<b><i>Extracción de Diente Impactado con Hueso</i></b>	Básico	\$25	No se cubre	

Procedimientos Dentales Comunes	Categoría	Dentro de la Red	Fuera de la Red	Limitaciones y Exclusiones de Beneficios
<b>Ortodoncia</b>	Ortodoncia	<p>\$1,200 (menor de 18)</p> <p>\$1,400 (18 y en adelante)</p>	No se cubre	<p>El beneficio incluye tres recementaciones o reemplazos de un bracket/banda en el mismo diente, o un total de cinco renovaciones de brackets/bandas en diferentes dientes durante el curso cubierto del tratamiento.</p> <p>Para más información sobre limitaciones y excepciones, consulta tu Evidencia de Cobertura y Formulario de Divulgación de tu Plan dental, dentro de la sección llamada Your Dental Benefits.</p>

**Parte VI: EJEMPLOS DE COBERTURA**

**ESTOS EJEMPLOS NO REPRESENTAN UN ESTIMADOR DE COSTOS NI UNA GARANTIA DE PAGO.** Los ejemplos proporcionados representan servicios comunes en las categorías de Diagnóstico y Prevención, Básicos y Mayores con fines ilustrativos, y para comparar este plan con otros planes dentales que puedas estar considerando. Es probable que tus costos reales sean diferentes a los que se muestran a continuación, según la atención que recibas, los precios que cobran tus proveedores y muchos otros factores. Enfócate en los montos de los costos compartidos (deducibles, copagos y coaseguros) y el resumen de los servicios excluidos del plan.

<b>Dana Tiene una Cita Dental con un Nuevo Dentista</b>	<b>Sam Necesita un Empaste en un Diente</b>	<b>María Necesita una Corona</b>
<b>Examen de paciente nuevo, radiografías (FMX) y limpieza</b>	<b>Composite a base de resina: una superficie, posterior</b>	<b>Corona: sustrato de porcelana/cerámica</b>

<b>Visita de Dana</b>	<b>Costo para Dana</b>	<b>Visita de Sam</b>	<b>Costo para Sam</b>	<b>Visita de María</b>	<b>Costo para María</b>
<b>Costo Total de la Atención</b>	<b>Dentro de la Red:</b> \$400 <b>Fuera de la Red:</b> \$550	<b>Costo Total de la Atención</b>	<b>Dentro de la Red:</b> \$150 <b>Fuera de la Red:</b> \$200	<b>Costo Total de la Atención</b>	<b>Dentro de la Red:</b> \$1,300 <b>Fuera de la Red:</b> \$1,750
<b>Deducible</b>	<b>Dentro de la Red:</b> No Aplica <b>Fuera de la Red:</b> No Aplica	<b>Deducible</b>	<b>Dentro de la Red:</b> No Aplica <b>Fuera de la Red:</b> No Aplica	<b>Deducible</b>	<b>Dentro de la Red:</b> No Aplica <b>Fuera de la Red:</b> No Aplica
<b>Máximo Anual (Que Pagará el Plan)</b>	<b>Dentro de la Red:</b> No Aplica <b>Fuera de la Red:</b> No Aplica	<b>Máximo Anual (Que Pagará el Plan)</b>	<b>Dentro de la Red:</b> No Aplica <b>Fuera de la Red:</b> No Aplica	<b>Máximo Anual (Que Pagará el Plan)</b>	<b>Dentro de la Red:</b> No Aplica <b>Fuera de la Red:</b> No Aplica
<b>Costo del Paciente (copago o coaseguro)</b>	<b>Dentro de la Red:</b> \$0 <b>Fuera de la Red:</b> 100%	<b>Costo del Paciente (copago o coaseguro)</b>	<b>Dentro de la Red:</b> \$25 <b>Fuera de la Red:</b> 100%	<b>Costo del Paciente (copago o coaseguro)</b>	<b>Dentro de la Red:</b> \$190 <b>Fuera de la Red:</b> 100%

Visita de Dana	Costo para Dana	Visita de Sam	Costo para Sam	Visita de María	Costo para María
<p><b>En este ejemplo, Dana pagaría (incluye copagos, coaseguros y deducible, si aplica):</b></p>	<p><b>Dentro de la Red: \$0</b></p> <p><b>Fuera de la Red: \$550</b></p>	<p><b>En este ejemplo, Sam pagaría (incluye copagos, coaseguros y deducible, si aplica):</b></p>	<p><b>Dentro de la Red: \$25</b></p> <p><b>Fuera de la Red: \$200</b></p>	<p><b>En este ejemplo, María pagaría (incluye copagos, coaseguros y deducible, si aplica):</b></p>	<p><b>Dentro de la Red: \$190</b></p> <p><b>Fuera de la Red: \$1,750</b></p>
<p><b>Resumen de lo que no está cubierto o está sujeto a limitaciones:</b></p>	<p>Las limpiezas se limitan a dos por año calendario.</p> <p>Las radiografías interproximales se limitan a no más de una serie de cuatro láminas en un período de seis meses.</p> <p>La serie completa de imágenes radiográficas se limita a una vez cada 24 meses consecutivos.</p> <p>Los tratamientos con flúor se cubren dos veces por año calendario, hasta los 18 años.</p> <p><b>Fuera de la Red:</b> No se cubre.</p>	<p><b>Resumen de lo que no está cubierto o está sujeto a limitaciones:</b></p>	<p>El cuidado dental cosmético no está cubierto.</p> <p>El reemplazo de restauraciones de amalgama con diferentes materiales, únicamente para eliminar la presencia de la amalgama, no se cubre.</p> <p><b>Fuera de la Red:</b> No se cubre.</p>	<p><b>Resumen de lo que no está cubierto o está sujeto a limitaciones:</b></p>	<p>Las coronas, jackets, incrustaciones, y sobre incrustaciones son beneficios cubiertos para un mismo diente solo una vez cada cinco años.</p> <p>Las coronas de porcelana, porcelana fundida en metal o en resina con corona tipo metal, para niños menores de 16 años, no están cubiertas.</p> <p><b>Fuera de la Red:</b> No se cubre.</p>