

Seguro Dental de Aflac

Aspectos importantes de los beneficios del plan para: Forsyth County Schools

Fecha de Vigencia: 01/01/2026

Plan Bajo

Elegibilidad	Empleados que trabajan 30 horas o más a la semana		
Deductibles	Dentro de la Red: \$50 Anual (Máximo 3 Por Familia) Sin cargo para servicios preventivos Fuera de la Red: \$50 Anual (Máximo 3 Por Familia) Sin cargo para servicios preventivos		
Máximos	Dentro de la Red: \$1,250 Fuera de la Red: \$1,250		
UCR Fuera de la Red	Percentil 95		
Tarifa Negociada Dentro de la Red	Dentro de la Red: Cuadro de la Tarifa Negociada Fuera de la Red: Percentil: 95		
Periodo(s) de Espera	Preventivo: 0 meses	Básico: 0 meses	Especializado: 0 Meses
Beneficios y servicios cubiertos		Dentista de Dentro de la Red	Dentista Fuera de la Red
SERVICIOS PREVENTIVOS Y DE DIAGNÓSTICO			
<ul style="list-style-type: none">• Exámenes de rutina (dos cada año)• Limpiezas de rutina (dos cada año)• Tratamientos de fluoruro (uno cada 12 meses para hijos menores de 16 años)• Mantenedores de espacio (uno por diente cada 24 meses, para hijos menores de 14 años)• Radiografías de mordida (una cada 12 meses)• Radiografías dentales panorámicas (una cada 60 meses)		100%	100%
SERVICIOS BÁSICOS			
<ul style="list-style-type: none">• Selladores (máximo uno por diente, para hijos menores de 14 años)• Tratamiento paliativo de emergencia• Empastes (amalgama, resina anterior, resina posterior; reemplazo de uno existente solamente si éste ha estado en su lugar durante 24 meses;)• Extracciones simples (extracción, piezas dentarias erupcionadas o raíz expuesta)• Extracciones quirúrgicas• Endodoncia - Conducto Radicular (uno por diente)• Mantenimiento Periodontal (dos cada año)• Tartrectomía Periodontal y Alisado Radicular (uno por cuadrante cada 24 meses)• Cirugía Periodontal (una por cuadrante cada 36 meses)• Anestesia		50%	50%

Suscrito por:

American Family Life Assurance Company of Columbus
Sede Mundial | 1932 Wynnton Road | Columbus, Georgia 31999 | 1.855.819.1873



Tarifas mensuales		
Empleado	Empleado + 1 Dependiente	Empleado + 2 o más Dependientes
\$0.00	\$45.14	\$82.51



¡Hacemos que encuentre un proveedor fácilmente! Puede llamar a Aflac directamente al **1.855.819.1873**.

Si tiene una cobertura dental bajo más de un plan, puede que sus beneficios se coordinen. Los beneficios y/o las primas pueden variar basándose en el estado y la opción de beneficio seleccionado. El plan tiene limitaciones y exclusiones que pueden afectar los beneficios pagaderos. Consulte la póliza y el certificado para obtener todos los detalles sobre los beneficios, las definiciones, limitaciones y exclusiones. Esta es una breve descripción de la cobertura y no es un contrato. Lea su certificado detenidamente para conocer los términos y condiciones exactos, así como una lista completa del cuadro de procedimientos dentales pagaderos bajo el plan.

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

Las referencias estatales aquí se refieren al estado de su grupo y no a su estado de residencia.

No pagaremos beneficios si usted no coopera con nuestra investigación sobre la validez de su reclamación. No se pagan beneficios bajo la póliza por los servicios listados a continuación. Además, los servicios listados a continuación no se reconocerán para la satisfacción de ningún deducible:

- Cualquier servicio que no esté incluido en el Cuadro de Procedimientos Cubiertos;
- Cualquier servicio iniciado o dispositivo colocado antes de la fecha de vigencia o después de la fecha en que termina la cobertura, excepto según lo dispuesto en la sección de "adquisición de la cobertura existente" del certificado;
- Cualquier servicio, del que no se pueda esperar razonablemente que corrija con éxito la condición dental del paciente durante un período de al menos tres años; según determinemos; (En Alaska y Michigan, "según lo determinemos" no aplica).
- En Texas, además, cualquier procedimiento que determinemos que no es necesario, que no ofrezca un pronóstico favorable, no cuenta con un respaldo profesional uniforme o que sea de naturaleza experimental; cualquier tratamiento que sea electivo o principalmente cosmético y no reconocido generalmente como una práctica dental generalmente aceptada por la Asociación Dental Americana, así como cualquier reemplazo de restauraciones cosméticas anteriores, a menos que dicho procedimiento esté listado en el Cuadro de Procedimientos Cubiertos; o tratamiento dental no aprobado por la Asociación Dental Americana o que sea claramente de naturaleza experimental;
- Cualquier procedimiento que determinemos que no es necesario (En Michigan, cualquier procedimiento que se determine que no es necesario), que no ofrezca un pronóstico favorable, no cuenta con un respaldo profesional uniforme o que sea de naturaleza experimental;
- En Alaska, esta exclusión no aplica.
- Coronas, incrustaciones intracoronarias (*inlays*), incrustaciones extra coronarias (*onlays*), restauraciones de armazón u otras restauraciones en los dientes preparadas en laboratorio, que pueden ser restauradas satisfactoriamente con un empaste de amalgama o resina compuesta;
- Cualquier tratamiento que sea electivo o principalmente cosmético y no reconocido generalmente como una práctica dental generalmente aceptada por la Asociación Dental Americana, así como cualquier reemplazo de restauraciones cosméticas anteriores, a menos que dicho procedimiento esté listado en el Cuadro de Procedimientos Cubiertos;
- En Texas, además, o tratamiento dental no aprobado por la Asociación Dental Americana o que sea claramente de naturaleza experimental;
- Dispositivos, servicios o procedimientos relacionados con: (1) el cambio o mantenimiento de la dimensión vertical; (2) restauración de la oclusión (a menos que se indique lo contrario en el cuadro de procedimientos cubiertos —solo para protectores oclusales); (3) sujetador; (4) corrección de desgaste, abrasión, erosión o abfracción; (5) registro de mordida o (6) análisis de mordida;
- Reemplazo de puentes, a menos que el puente sea más antiguo que la edad permitida en el Cuadro de Procedimientos Cubiertos y no pueda ser reparado;
- Reemplazo de dentaduras postizas totales o parciales, a menos que el dispositivo protésico sea más antiguo que la edad permitida en el Cuadro de Procedimientos Cubiertos y no pueda ser reparado;
- Reemplazo de coronas, incrustaciones intracoronarias (*inlays*) o incrustaciones extra coronarias (*onlays*), a menos que la restauración anterior sea más antigua que la edad permitida en el Cuadro de Procedimientos Cubiertos y no pueda ser reparada;
- Para tratamiento de ortodoncia, a menos que se indique de otro modo como un procedimiento cubierto en el Cuadro de Procedimientos Cubiertos;
- Servicios provistos para cualquier tipo de trastorno de la articulación temporomandibular (ATM), deficiencias musculares, esqueléticas que afecten a la ATM o estructuras relacionadas, dolor miofascial, a menos que dicho procedimiento esté listado como procedimiento cubierto en el Cuadro de Procedimientos Cubiertos. (En Georgia, el procedimiento debe ser médicalemente necesario);
- Cargos por implantes de cualquier tipo y todos los procedimientos relacionados, extracción de implantes, accesorios de precisión o semiprecisión, duplicación de dentaduras, sobredentaduras y cualquier cirugía relacionada, u otros servicios o accesorios personalizados, a menos que dichos procedimientos estén listados como procedimientos cubiertos en el Cuadro de Procedimientos

Cubiertos;

- Protectores bucales deportivos; terapia miofuncional; tratamiento de malignidades, quistes y neoplasias; incumplimiento de la cita programada; cargos por completar formularios de reclamación; control de infección; accesorios de precisión o semiprecisión; duplicación de dentaduras; instrucción de higiene bucal; cargos separados por grabado ácido; cargos por tiempo de viaje; costos de transporte; consejo profesional; tratamiento de fracturas de mandíbula; cirugía ortognática; exámenes requeridos por un tercero que no seamos nosotros; suministros personales (por ejemplo, irrigador dental *waterpik*, cepillo de dientes, porta hilo dental, etc.; o reemplazo de dispositivos perdidos o robados;
 - Medicamentos recetados, premedicación, fármacos o analgesia;
 - Enfermedad dental, defecto o lesión causada por una guerra declarada o no declarada o cualquier acto de guerra o terrorismo (En D.C., acto de terrorismo; En Alaska, “terrorismo” no aplica) o participar en (En Utah, participar voluntariamente en) una insurrección o disturbio; la comisión (En Utah, la comisión voluntaria) o intento de cometer un delito (En D.C., Indiana y South Dakota, un delito grave); una lesión autoinfligida intencionalmente o intento de suicidio estando cuerdo o demente;
 - En Michigan, enfermedad dental, defecto o lesión causada por una guerra declarada o no declarada o cualquier acto de guerra o terrorismo; ; la comisión o intento de cometer un delito grave o cuya causa contribuyente fue la participación de la persona asegurada en una ocupación ilegal u otra actividad delictiva intencionada;
 - En Oklahoma, cualquier acto de guerra durante el servicio militar o en una unidad auxiliar del mismo;
 - Tratamiento dental no aprobado por la Asociación Dental Americana o que sea claramente de naturaleza experimental;
 - Cualquier cargo por un servicio realizado para el cual los beneficios están disponibles bajo la Compensación para Trabajadores o una Ley o Regla de Enfermedad Ocupacional, incluso si la persona asegurada no compró la cobertura que está disponible para ella;
 - En Utah, además cualquier cargo por un servicio realizado fuera de los Estados Unidos que no sea por tratamiento de emergencia;
 - Cualquier cargo por un servicio realizado fuera de los Estados Unidos (en Alaska, también Canada) que no sea por tratamiento de emergencia. Los Beneficios por tratamiento de emergencia realizado fuera de los Estados Unidos (en Alaska, también Canada) están limitados a un máximo de \$100 por año;
 - En Utah, esto no aplica.
 - Servicios realizados por un dentista que sea miembro de la familia de la persona asegurada. La familia de la persona asegurada está limitada a un cónyuge, hermanos, padres, hijos, abuelos y los hermanos y padres del cónyuge;
 - En Texas, esta exclusión no aplica;
 - En South Dakota, un miembro de la familia de la persona asegurada puede realizar servicios si el miembro de la familia es el único dentista en el área y siempre que el dentista actúe dentro del área de su práctica;
 - La colocación inicial de una dentadura total removible o una dentadura parcial removible, a menos que incluya el reemplazo de un diente natural funcional extraído mientras la persona está asegurada bajo la póliza;
 - La colocación inicial de una dentadura parcial fija, incluido un puente Maryland, a menos que incluya el reemplazo de un diente natural funcional extraído mientras la persona está asegurada bajo la póliza, siempre que el diente no sea un pilar de una dentadura parcial existente que tenga menos de cinco años o una dentadura parcial fija existente o un puente Maryland que tenga menos de siete años u otra limitación de frecuencia como se indica en el Cuadro de Procedimientos Cubiertos. Los beneficios son pagaderos solo por el reemplazo de aquellos dientes que fueron extraídos mientras la persona estaba asegurada bajo la póliza;
 - El reemplazo de dientes más allá del complemento normal de 32;
 - El reemplazo de una dentadura parcial removible existente por una dentadura parcial fija, a menos que la mejora a una dentadura postiza parcial fija sea esencial para la corrección de la condición dental de la persona asegurada;
 - Anestesia local como cargo separado;
- Cualquier plan de tratamiento que implique la reconstrucción de la boca completa mediante la extracción y el restablecimiento de los contactos oclusales de 10 o más dientes con restauraciones, coronas, incrustaciones extra coronarias (*onlays*), incrustaciones intracoronarias (*inlays*), dentaduras postizas parciales fijas, dentaduras postizas, o cualquier combinación de estos servicios; y
- Cualquier servicio (excepto tratamiento de emergencia con un procedimiento cubierto o un procedimiento cubierto realizado en una zona de acceso limitado) proporcionado por un proveedor no participante, si el titular de la póliza ha seleccionado un plan solo dentro de la red.
 - En Alaska, Arkansas, Georgia, North Dakota, South Dakota y Texas, esta exclusión no aplica.

AVISO: La cobertura ofrecida no es un plan de salud calificado (QHP) bajo la Ley de Protección al Paciente y Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA) y no se requiere satisfacer los requisitos de beneficios esenciales de salud de la ACA. La cobertura proporciona beneficios limitados.

Aplica a la Póliza de la Serie QN81000. En Arkansas, formulario de la póliza QN81100MAR. En Oklahoma, formulario de la póliza QN81100MOK. En Oregon, formulario de la póliza QN81100MOR y QN81100MORS. En Pennsylvania, formulario de la póliza QN81100MPA. En Texas, formulario de la póliza QN81100MTX.