

Titular de la póliza/Tomador: SONSRAY, INC.

Seguro dental

Resumen de beneficios para non california members

Fecha de entrada en vigor: 02/01/2026

¿Qué tengo a disposición?

El seguro dental ayuda a pagar todos o una parte de los costos relacionados con el cuidado dental, desde limpiezas de rutina hasta tratamientos de conducto.

Requisitos				
	Año calendario		Coseguro la póliza paga	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Preventivos	\$0	\$0	100%	100%
Básico	\$50	\$50	80%	80%
Exhaustivos	\$50	\$50	50%	50%
Ortodoncia	\$0	\$0	50%	50%
Disposiciones adicionales				
Deductible familiar	3 veces la cantidad deducible por persona			
Deductible combinado	Se combinan los deducibles que están dentro de la red servicios preventivos, básicos y exhaustivos. Se combinan los deducibles que están fuera de la red servicios preventivos, básicos y exhaustivos. Sus servicios aplicados al deducible dentro de la red se aplicarán al deducible fuera de la red y viceversa.			
Cantidad máxima combinada	Su máximo por año calendario para preventivos, básicos y exhaustivos servicios dentro de la red se combinan. Su máximo por año calendario para preventivos, básicos y exhaustivos servicios fuera de la red se combinan. Las cantidades máximas dentro de la red por año calendario son de \$2,000 por persona o las cantidades máximas fuera de la red por año calendario son de \$2,000 por persona. Sus servicios aplicados al máximas dentro de la red se aplicarán al máximas fuera de la red y viceversa.			

Cantidad máxima de por vida para ortodoncia	\$1,500 máximo dentro de la red / \$1,500 máximo fuera de la red
Tipo de plan	No programado

¿Quién puede comprar cobertura?

- El asegurado puede comprar cobertura si es un empleado activo, a tiempo completo. No pueden comprar la cobertura los empleados por temporada, temporales o contratistas.
- o Se considerará que la persona sigue trabajando incluso si se trata de un día libre, día feriado, vacaciones, servicio de jurado, funeral, licencia pagada o tiempo libre, siempre que el asegurado esté cumpliendo con sus tareas normales y haya trabajado el día anterior a la fecha en que no trabajó.
- o La persona debe inscribirse dentro de los 31 días siguientes a la fecha en que cumple con los requisitos. Si no, tendrá que esperar hasta el siguiente período de inscripción abierta o un evento que califique.

También puede haber requisitos adicionales.

¿Qué procedimientos están cubiertos y con qué frecuencia?

Preventivos	
Exámenes de rutina	Dos por año calendario
Limpiezas de rutina	Dos por año calendario
Radiografía de aleta de mordida	Una cada año calendario
Radiografías de toda la boca	Una vez cada 36 meses
Fluoruro	Dos veces por año calendario(cobertura solo para hijos coasegurados menores de 16)
Selladores	Se cubren solamente para hijos coasegurados menores de 16; una vez por diente cada 36 meses

Básico	
Exámenes de emergencia	Sujeto al límite de frecuencia de exámenes de rutina
Mantenimiento periodontal	Si han transcurrido tres meses desde el tratamiento periodontal quirúrgico activo; sujeto al límite de frecuencia de exámenes de rutina
Empastes	Reemplazos de empastes cada 24 meses
Cirugía oral	Simple y compleja
Anestesia general / sedación por vía intravenosa	Se cubre solo para procedimientos específicos
Endodoncia simple	Tratamiento de conducto para los dientes anteriores

Endodoncia compleja	Tratamiento de conducto para los dientes molares
Periodoncia no quirúrgica, incluye raspado y alisado radicular	Una vez por cuadrante cada 24 meses
Procedimientos quirúrgicos periodontales	Una vez por cuadrante cada 36 meses
Protectores oclusales (protectores nocturnos)	Un protector por período de 36 meses
Aparato corrector de hábito nocivo	Cobertura solo para dependientes menores de 16 años

Exhaustivos

Coronas	Cada 60 meses por diente si no se puede reparar el diente con un empaste.
Reconstrucción dental	Cada 60 meses por diente
Implantes	Cada 60 meses por diente
Puentes	60 meses de colocados (colocación inicial / reemplazo)
Dentaduras postizas	60 meses de colocadas (colocación inicial / reemplazo)
Reparaciones	Dentaduras postizas parciales, puentes, coronas, arreglos, amalgamas, acondicionamiento de tejidos y ajuste de puentes/dentaduras postizas, dentro de los límites de la póliza

Ortodoncia

Cobertura	Para el asegurado y sus coasegurados.
-----------	---------------------------------------

Beneficios adicionales

Cargo predominante	Cuando el asegurado recibe atención de un proveedor fuera de la red, los beneficios se basarán en el 90º percentil de los cargos normales y usuales.
Programa periodontal	Si la persona asegurada está embarazada, tiene diabetes o alguna enfermedad del corazón, puede recibir servicios de raspado y alisado radicular cubiertos al 100% (si son odontológicamente necesarios), o una limpieza adicional (de rutina o periodontal) sujeta al deducible y el coseguro.
Programa de segunda opinión	El asegurado puede ser apto para obtener segundas opiniones de proveedores dentales cubiertas al 100%. Este programa garantiza que se obtengan los mejores consejos para tomar decisiones informadas sobre el cuidado odontológico.

Programa de salud oral para tratamientos contra el cáncer	Si el asegurado tiene cáncer y está recibiendo quimioterapia o terapia de radiación de cabeza o cuello, puede recibir hasta tres tratamientos de flúor cada 12 meses cubiertos al 100% más una limpieza de rutina adicional.
Programa de anestesia general	Si presentas autismo, síndrome de Down, parálisis cerebral, distrofia muscular o espina bífida, pudieras tener cobertura para recibir anestesia general o sedación intravenosa. Los servicios deben prestarse en la consulta odontológica. Tiene vigencia toda otra limitación contractual.

¿Cómo encuentro a un dentista dentro de la red?

Cuando se reciba atención de un dentista perteneciente a nuestra red, es posible que los costos sean más bajos, porque los dentistas dentro de la red aceptan reducir sus honorarios para prestar los servicios dentales y no cobrar la diferencia. El asegurado tendrá acceso a la red Principal Plan Dental, que cuenta con más de 117,000 dentistas a nivel nacional. Para encontrar un dentista, favor de visitar principal.com/dentist (para español, hacer clic en "Spanish") o llamar al 800-247-4695.

¿Qué hago si mi dentista no está dentro de la red?

Se puede referir a ese dentista a nuestra red. Favor de enviar el nombre y la información del dentista llamando al 800-247-4695 o llenando un formulario en www.principal.com/refer-dental-provider.

¿Cuáles son las limitaciones y excepciones de la cobertura?

- Las limitaciones de frecuencia de los servicios se calculan para el mes y la fecha exacta a partir de la última fecha de servicio o la fecha de colocación.

La cobertura incluye limitaciones adicionales. Por favor, consulta el cuadernillo para obtener más información. Con el fin de determinar los beneficios, recomendamos encarecidamente que se envíe una predeterminación de estos.

AVISO DE CUADERNILLO/CERTIFICADO SOLICITUD DE COMUNICACIONES CONFIDENCIALES

El estado de California le brinda al asegurado el derecho de hacer una solicitud para que le envíemos comunicaciones de información confidencial de atención médica a través de formas alternativas o a una ubicación alternativa.

Para hacer esta solicitud, debe completar, firmar y enviar un formulario de Solicitud de comunicaciones confidenciales (Confidential Communications Request). Tanto el formulario como las instrucciones para completarlo y enviarlo se encuentran en nuestro sitio web: <https://www.principal.com/help/help-individuals/find-form> en "Restringir el acceso a información privada de salud" ("Restrict access to Private Health Information").

Si necesita ayuda para encontrar el formulario, por favor llamar al 1-800-843-1371.

Este aviso es solo informativo, no es una parte ni condición de este cuadernillo/certificado.

GH 198 CCR CA

¿Cuáles son las restricciones de mi cobertura?

Ortodoncia

Si en la fecha de entrada en vigor de la cobertura hay un tratamiento de ortodoncia en curso y el asegurado tiene cobertura para ortodoncia con alguna cobertura colectiva anterior, tendrá cobertura inmediata para el tratamiento una vez que se envíe una prueba que demuestre que:

- 1) No se ha excedido el máximo vitalicio de cualquier cobertura colectiva anterior,
- 2) El tratamiento de ortodoncia comenzó y las bandas o aparatos correctores se colocaron mientras la persona estaba asegurada con alguna cobertura colectiva anterior, y
- 3) El tratamiento ha continuado mientras la persona ha estado asegurada con esta póliza.

Principal Life acreditará los pagos que haga la aseguradora anterior hacia el límite de pago vitalicio de ortodoncia de Principal Life.

El asegurado no tendrá cobertura si el tratamiento está en curso antes de la fecha de entrada en vigor con Principal Life y no tienes cobertura para ortodoncia con alguna cobertura colectiva anterior.

Existen limitaciones adicionales en la cobertura. Se incluye una lista completa en el cuadernillo.



principal.com

Este es un resumen de la cobertura dental del seguro por o con los servicios administrativos provistos por Principal Life Insurance Company. Este resumen es una breve descripción de la cobertura. No es un contrato de seguro ni una declaración completa de los derechos, beneficios, limitaciones y excepciones de la cobertura. Si existiera una discrepancia entre la póliza y este documento, entonces prevalecerá la disposición de la póliza. Para conocer todos los detalles de la cobertura, favor de consultar el cuadernillo de beneficios.

© 2025 Principal Financial Services, Inc. Principal, Principal y el diseño del símbolo y Principal Financial Group son marcas registradas y marcas de servicio de Principal Financial Services, Inc., compañía de Principal Financial Group.

