

## Titular de la póliza/Tomador: Phoenix Payroll Solutions

### Seguro dental voluntario Resumen de beneficios

Fecha de entrada en vigor: 01/01/2027

#### ¿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                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                 |                         |                 |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------|-----------------|
| Empleados que cumplen con los requisitos    | Empleados activos, a tiempo completo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                 |                         |                 |
| Año calendario                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                 | Coseguro la póliza paga |                 |
| Opción 1 (members electing dental low plan) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                 |                         |                 |
|                                             | 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%             |
| Disposiciones adicionales                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                 |                         |                 |
| Deducible familiar                          | 3 veces la cantidad deducible por persona                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                 |                         |                 |
| Deducible combinado                         | Se combinan los deducibles que están dentro de la red servicios preventivos, básicos y exhaustivos.<br>Se combinan los deducibles que están fuera de la red servicios preventivos, básicos y exhaustivos.<br>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.<br><br>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 \$1,000 por persona o las cantidades máximas fuera de la red por año calendario son de \$1,000 por persona.<br><br>Sus servicios aplicados al máximas dentro de la red se aplicarán al máximas fuera de la red y viceversa. |                 |                         |                 |
| Acumulación máxima                          | Incluido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                 |                         |                 |

Los seguros los emite Principal Life Insurance Company, 711 High Street, Des Moines, IA 50392

|              |            |
|--------------|------------|
| Tipo de plan | Programado |
|--------------|------------|

| Año calendario                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                 | Coseguro la póliza paga |                 |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------|-----------------|
| Option 2 (members electing dental high plan) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                 |                         |                 |
|                                              | Dentro de la red                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Fuera de la red | Dentro de la red        | Fuera de la red |
| Preventivos                                  | \$0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | \$0             | 100%                    | 100%            |
| Básico                                       | \$50                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | \$50            | 90%                     | 80%             |
| Exhaustivos                                  | \$50                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | \$50            | 60%                     | 50%             |
| Ortodoncia                                   | \$0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | \$0             | 50%                     | 50%             |
| Disposiciones adicionales                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                 |                         |                 |
| Deducible familiar                           | 3 veces la cantidad deducible por persona                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                 |                         |                 |
| Deducible combinado                          | Se combinan los deducibles que están dentro de la red servicios preventivos, básicos y exhaustivos.<br>Se combinan los deducibles que están fuera de la red servicios preventivos, básicos y exhaustivos.<br>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.<br><br>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 \$1,500 por persona o las cantidades máximas fuera de la red por año calendario son de \$1,500 por persona.<br><br>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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                 |                         |                 |
| Acumulación máxima                           | Incluido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                 |                         |                 |
| Tipo de plan                                 | No programado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                 |                         |                 |

Los seguros los emite Principal Life Insurance Company, 711 High Street, Des Moines, IA 50392

## ¿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?

### Opción 1

| 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 60 meses                                                                                                                   |
| Fluoruro                                         | Una vez por año calendario (cobertura solo para hijos coasegurados menores de 16)                                                       |
| Selladores                                       | Cobertura solo para hijos coasegurados menores de 16 solo una vez, para el primer y segundo molar permanentes (1 cada 36 meses)         |
| Aparato corrector de hábito nocivo               | Cobertura solo para dependientes menores de 16 años                                                                                     |
| 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                                                                                                    |
| Empastes de composite (del color de los dientes) | Se cubren para los dientes posteriores                                                                                                  |
| Cirugía oral                                     | Simple y compleja                                                                                                                       |
| 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 |

### Exhaustivos

|                                                  |                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Anestesia general / sedación por vía intravenosa | Se cubre solo para procedimientos específicos                                                                                                                                  |
| Coronas                                          | Cada 120 meses por diente si no se puede reparar el diente con un empaste.                                                                                                     |
| Reconstrucción dental                            | Cada 120 meses por diente                                                                                                                                                      |
| Implantes                                        | Cada 120 meses por diente                                                                                                                                                      |
| Puentes                                          | 120 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 |

### Beneficios adicionales

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Programado / diseño MAC | Los pagos de reclamos dentro y fuera de la red se basan en las cantidades acordadas por los dentistas de la red, que se conocen como una lista de cargos negociados. Si el cobro presentado supera la cantidad programada pudieras tener que pagar la diferencia por reclamos de servicios ofrecidos fuera de la red de proveedores.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Acumulación máxima      | Una parte del beneficio máximo que no se ha usado se puede traspasar al siguiente año. Para calificar, se debe haber recibido un servicio dental dentro del año calendario y haber usado menos que el límite máximo. El límite equivale al 50% del beneficio máximo fuera de la red o \$1,000, lo que sea menor. Si se cumple con la calificación, el 50% de la cantidad límite se traspasa para el beneficio máximo del siguiente año. Las personas con fechas de entrada en vigor en el cuarto trimestre comenzarán a calificar para hacer traspasos al principio del siguiente año calendario. El asegurado puede acumular como máximo cuatro veces la cantidad traspasada. La cantidad total acumulada se perderá si no se solicita ningún servicio dental dentro del año calendario. |
| Programa periodontal    | Si la persona asegurada está embarazada, tiene diabetes o una enfermedad cardíaca o está en menopausia, podría recibir 100% de cobertura por servicios de raspado y alisado radicular (si es dentalmente necesario), 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. |

## Opción 2

| Preventivos                                      |                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Exámenes de rutina                               | Dos por año calendario                                                                                                                  |
| Limpiezas de rutina                              | Dos por año calendario                                                                                                                  |
| Radiografía de aleta de mordida                  | Una vez año calendario                                                                                                                  |
| Radiografías de toda la boca                     | Una vez cada 60 meses                                                                                                                   |
| Fluoruro                                         | Una vez por año calendario (cobertura solo para hijos coasegurados menores de 16)                                                       |
| Selladores                                       | Cobertura solo para hijos coasegurados menores de 16 solo una vez, para el primer y segundo molar permanentes (1 cada 36 meses)         |
| Aparato corrector de hábito nocivo               | Cobertura solo para dependientes menores de 16 años                                                                                     |
| 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                                                                                                    |
| Empastes de composite (del color de los dientes) | Se cubren para los dientes posteriores                                                                                                  |
| 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                                                                                     |

Los seguros los emite Principal Life Insurance Company, 711 High Street, Des Moines, IA 50392

|                                                                |                                                  |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 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              |

#### Exhaustivos

|                       |                                                                                                                                                                                |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Coronas               | Cada 120 meses por diente si no se puede reparar el diente con un empaste.                                                                                                     |
| Reconstrucción dental | Cada 120 meses por diente                                                                                                                                                      |
| Implantes             | Cada 120 meses por diente                                                                                                                                                      |
| Puentes               | 120 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 los hijos coasegurados, es posible que se cubran las bandas que se coloquen en los dientes del hijo coasegurado antes de cumplir los 19 años. |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Acumulación máxima          | Una parte del beneficio máximo que no se ha usado se puede traspasar al siguiente año. Para calificar, se debe haber recibido un servicio dental dentro del año calendario y haber usado menos que el límite máximo. El límite equivale al 50% del beneficio máximo fuera de la red o \$1,000, lo que sea menor. Si se cumple con la calificación, el 50% de la cantidad límite se traspasa para el beneficio máximo del siguiente año. Las personas con fechas de entrada en vigor en el cuarto trimestre comenzarán a calificar para hacer traspasos al principio del siguiente año calendario. El asegurado puede acumular como máximo cuatro veces la cantidad traspasada. La cantidad total acumulada se perderá si no se solicita ningún servicio dental dentro del año calendario. |
| Programa periodontal        | Si la persona asegurada está embarazada, tiene diabetes o una enfermedad cardíaca o está en menopausia, podría recibir 100% de cobertura por servicios de raspado y alisado radicular (si es dentalmente necesario), 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

Los seguros los emite Principal Life Insurance Company, 711 High Street, Des Moines, IA 50392

|                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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](https://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](https://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.

## ¿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](https://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.

© 2026 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.

Los seguros los emite Principal Life Insurance Company, 711 High Street, Des Moines, IA 50392