



Grupo: Nick M B Enterprises LLC dba Black Oil Field Services (Plan #9795)
Plan: PPO
Suscrito por: Companion Life Insurance Company
Administrado por: Dental Management Administrators
Fecha Efectiva: 9/1/2023
Año de Beneficios: Contrato
Tipo de Plan: Voluntario / Asegurado Completo

	Dentro de la red	Fuera de la red
Tipo 1 - Preventivo Exámenes Orales, Limpiezas, Rayos X, Fluoruro	100%	100% hasta el R&C*
Tipo 2 - Básico Rellenos	90%	80% hasta el R&C*
Tipo 3 - Mayor Coronas, Puentes, Prostodoncia	60%	50% hasta el R&C*
Tipo 4 - Ortodoncia Adultos	50% 50%	50% 50%
Sellador	Tipo 2 - Básico	Tipo 2 - Básico
Mantenedor de Espacio	Tipo 2 - Básico	Tipo 2 - Básico
Endodoncia	Tipo 3 - Mayor	Tipo 3 - Mayor
Periodoncia	Tipo 3 - Mayor	Tipo 3 - Mayor
Extracciones Simples	Tipo 3 - Mayor	Tipo 3 - Mayor
Cirugía Oral	Tipo 3 - Mayor	Tipo 3 - Mayor
Periodos de Espera		
Tipo 2 - Básico	Ninguno	Ninguno
Tipo 3 - Mayor	Ninguno	Ninguno
Tipo 4 - Ortodoncia	Periodo de Espera de 12 Meses	Periodo de Espera de 12 Meses
Deducible	Dentro y fuera de red se combinan los deducibles	
Por Persona	\$100.00	\$100.00
	Toda la vida	Toda la vida
Deducible se Aplica a	Tipo 1, Tipo 2 y Tipo 3	Tipo 1, Tipo 2 y Tipo 3
Beneficio Máximo al Año por Persona	\$1,500.00	\$1,500.00
Beneficio Máximo de Ortodoncia de Por Vida	\$1,500.00	\$1,500.00
Red / Programa de Reembolsos	TDA PPO	R&C (90th)*
Tasas Mensuales		
Empleado		\$52.27
Dos Personas		\$92.33
Familia		\$140.80

Provisiones / Limitaciones / Exclusiones	
Exámenes (incluyendo Periodoncia), Limpiezas	2 exámenes, 4 limpiezas por año
Fluoruro	1 por año
Selladores	1 por molar cada 36 meses, edades 6-16
Mantenedores de Espacio	Hasta los 16 años
Radiografía de Molares en Oclusión	1 por año
Radiografías Periapicales	Sin frecuencia
Radiografía Panorámica	1 cada 3 años
Dientes Impactados	Cubierto en Tipo 3 - Mayor
Anestesia - (limitado a procedimientos quirúrgicos solamente)	Cubierto en Tipo 3 - Mayor
Implantes / Pilares para implantes	Mayores de 16 años, 1 cada 10 años
Coronas, Pónticos, Pilares, Recubrimientos y Dentaduras Postizas	1 cada 5 años por diente
Rellenos en la misma superficie	Sin frecuencia

* Al usar un proveedor no participante, el asegurado será responsable por todos los recargos que excedan los Cargos Razonables y Usuales (R&C, por sus siglas en inglés).

Lea esta política detenidamente: esta descripción de cobertura proporciona una descripción muy breve de las características importantes de su póliza. Esto no es el contrato del seguro y únicamente prevalecerán las disposiciones de la póliza real. La póliza describe, en detalle, los derechos y las obligaciones de ambos, usted y su compañía aseguradora. Por tanto, es importante que usted ¡LEA DETENIDAMENTE SU PÓLIZA!

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN (Llene la Solicitud por Completo)

Nick M B Enterprises LLC dba Black Oil Field Services #9795

PETICIÓN PARA HACER UN CAMBIO (Llene la Solicitud por Completo)

APELLIDO	NOMBRE	INICIAL	GÉNERO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE EMPLEO
				- -	/ /	/ /
DIRECCIÓN DE CASA			CIUDAD Y ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO DE CASA	
					TELÉFONO DE TRABAJO	
ESPECÍFICO CARGO				CORREO ELECTRÓNICO		
SITUACIÓN EMPLEO: <input type="checkbox"/> EMPLEADO ACTIVO <input type="checkbox"/> RETIRADO (FECHA DE RETIRO / /) <input type="checkbox"/> COBRA						

SELECCIÓN DE PLANES:

DENTAL

Individual

Empleado + un dependiente

Empleado + dos o más dependientes

RELACIÓN AL EMPLEADO	RELACIÓN AL EMPLEADO	NOMBRE A LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE DEBEN SER CUBIERTOS / CANCELADOS. NOTIFIQUE A SU EMPLEADOR ANTES DE 31 DÍAS DESPUÉS DE HABERLE OCURRIDO CUALQUIER CAMBIO (matrimonio, recién nacido, divorcio, etc.)	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO			NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	VIVE EN LA MISMA CASA
				MES	DÍA	AÑO		
CLAVE:								
S: Cónyuge		1.						
N: Hijo Natural		2.						
SC: Hijastro(a)		3.						
A: Adoptado		4.						
O: Otro		5.						
		6.						

INFORMACIÓN DENTAL DE OTRO SEGURO (ES NECESARIO LLENAR ESTA SECCIÓN)

Usted, su cónyuge, o sus dependientes tienen otra cobertura dental además de la cobertura de EMI Health?

Sí No

En caso afirmativo, qué tipo de cobe Dental

Si es así, cuál es la clasificación de la cobertura? Individual Dos Personas Familia

Nombre del asegurado _____ Número de seguro social _____

Nombre de la otra compañía de seguro _____ Número de la compañía de seguro _____

ELECCIÓN A PARTICIPAR

Por este medio, yo solicito la cobertura a la cual tengo derecho o a la cuál puedo tener derecho conforme con los acuerdos, incluyendo provisiones obligatorias del arbitraje, en las pólizas extendidas por EMI Health. Yo acepto las condiciones del acuerdo de la agrupación entre mi empresa y los planes y designo a mi empresa como agente para actuar en mi favor. Yo autorizo a que discuten de mis ganancias cualquier contribución que requieran que yo pague por el costo de esta cobertura. La cobertura propuesta no entrará en vigencia hasta que esta solicitud haya sido aceptada por EMIA, como sea aplicable, y entrará en vigencia solamente de acuerdo con las provisiones de tales acuerdos o pólizas de la agrupación. Entiendo que no tengo derecho a cambiar mis elecciones en cuanto a la cobertura durante el año del plan, a menos que tenga una situación especial que califique para inscripción (es decir, matrimonio, divorcio, nacimiento, muerte, adopción, colocación para la adopción, o pérdida de otra cobertura de seguro). Yo autorizo a EMIA a compartir la información médica con respecto a mí o a mi familia con cualquier proveedor de asistencia sanitaria que proporciona beneficios para la salud dentro del ámbito del contrato de la agrupación. Yo entiendo que cualquier persona que incluya cualquier información falsa o engañosa en una solicitud para una póliza de seguro puede ser sujeta a cargos criminales o multas por infracción de la ley

Firma del Solicitante

Fecha de Aplicación

EMPLOYER SIGN OFF SECTION

New Enrollment Special Enrollment Name/Address Change Beneficiary Change

Change of Coverage Add Family Member Cancellation Delete Family Member

Other: _____

Employer Signature

Effective Date

EHP.SP.APP.1208.1901

Por favor vea el reverso para renunciar la cobertura de grupo.

RENUNCIA DE GRUPO DE COBERTURA

Yo he optado por no participar en el siguiente grupo de beneficios que se han ofrecido y decido renunciar a dicha cobertura.

Yo entiendo que puedo solicitar más tarde estos beneficios si experimento una situación especial de inscripción (es decir, el matrimonio, el divorcio, nacimiento, defunción, adopción, colocación para la adopción, o la pérdida de otra cobertura de seguro), o durante la próxima inscripción abierta.

DENTAL

Estoy renunciando a la cobertura de este grupo porque tengo otra cobertura: Sí No

Firma del Solicitante de Renuncia Sólo

Fecha

Miembros adicionales para ser cubiertos

RELACIÓN AL EMPLEADO	RELACIÓN AL EMPLEADO	NOMBRE A LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE DEBEN SER CUBIERTOS / CANCELADOS. NOTIFIQUE A SU EMPLEADOR ANTES DE 31 DÍAS DESPUÉS DE HABERLE OCURRIDO CUALQUIER CAMBIO (matrimonio, recién nacido, divorcio, etc.)	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO			NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	VIVE EN LA MISMA CASA
				MES	DÍA	AÑO		
CLAVE:								
S: Cónyuge	7.							
N: Hijo Natural	8.							
SC: Hijastro(a)	9.							
A: Adoptado	10.							
O: Otro	11.							
	12.							