

AMERICAN NATIONAL LIFE INSURANCE COMPANY OF TEXAS
 One Moody Plaza, Galveston, Texas 77550
 800-899-6805



Administered by: Dentist Direct Dental Plans
 1010 North 500 East, Suite 101, North Salt Lake, UT 84054

DENTAL COVERAGE

RMD Management

BENEFITS PROVIDED ARE SUPPLEMENTAL AND ARE NOT INTENDED TO COVER ALL DENTAL EXPENSES.

OUTLINE OF COVERAGE

Read Your Certificate Carefully. This outline of coverage provides a very brief description of the important features of your policy. This is not the insurance contract and only the actual policy provisions will control. The policy itself sets forth in detail the rights and obligations of both you and your insurance company. It is, therefore, important that you **READ YOUR CERTIFICATE CAREFULLY!**

DENTAL COVERAGE

Policies of this category are designed to provide, to persons insured, coverage for Covered Charges listed in the Certificate resulting from a covered dental condition subject to terms and limitations of the policy. Covered Charges are paid after any applicable deductibles have been met, up to the Policy Year or Lifetime Maximum amounts. The PPO offers the insured a choice of in-network or out-of-network options for all dental services. **An Insured incurs less out-of-pocket costs when using in-network providers.** In-network providers are paid at a negotiated contract rate. Out-of-network payments are limited to the maximum plan allowance (MPA). Your MPA is based on the Dentist Direct in-network fee schedule.

Covered Charges listed in the Certificate of Coverage are payable as follows:

Description of Service	In-Network	Out-of-Network
Calendar Year Deductible (Waived for Preventive Care)	\$50 per person, up to \$150 per family	
Calendar Year Maximum	\$1,000	
Orthodontic Lifetime Maximum	N/A	
Preventive Care	100% of PPO Rate	80% of MPA
Basic Care	80% of PPO Rate	50% of MPA
Major Care (12 Month Waiting Period – waived for takeover/prior coverage)	50% of PPO Rate	50% of MPA
Orthodontics	Discount Only	None

LIMITATIONS AND EXCLUSIONS

Amounts and benefits are subject to the expenses stated in the Certificate of Coverage.

Benefits will not be paid for dental expenses arising from or in connection with:

- Treatment, services or supplies which:
- Are not Medically Necessary;
- Are not prescribed by a Dentist;
- Are determined to be Experimental/Investigational in nature by Us;
- Are received without charge or legal obligation to pay;
- Would not routinely be paid in the absence of insurance;

- Are received from any Family Member.
- Intentionally self-inflicted injuries.
- Participation in a War or an act of war, whether or not declared.
- A Covered Person's active voluntary participation in the commission of a felony or an assault on another person.
- Voluntary participation in a riot.
- Employment, whether caused by, related to, or as a condition of, including self-employment. This exclusion applies even if Workers' Compensation or any Occupational Disease or similar law does not cover the charges.
- Treatment which began, before the Covered Person's Effective Date of coverage or after the Covered Person's termination of coverage.
- Congenital or development malformations existing when the Covered Person's coverage began effective under this Certificate.
- Cosmetic procedures.
- Surgical implants or transplants of any type including prosthetic devices attached to them (unless shown otherwise on your schedule of covered procedures)
- Temporomandibular joint syndrome.
- Periodontal splinting.
- Facings on crowns, or pontics posterior to the 2nd bicuspid.
- Replacement of partial or full dentures, fixed bridge work, crowns, gold restorations and jackets more often than once in any 5 year period.
- Relining of dentures more often than once in any 2 year period.
- Lost, stolen, or missing dentures or bridges or for duplicates.
- Fixed or removable bridgework involving replacement of a natural tooth or teeth which was lost prior to the Covered Person's Effective Date of coverage under this Certificate. Benefits may be payable for bridgework required for loss of teeth while covered under this Certificate, if such bridgework is not an abutment for non-covered bridgework.
- Prescription Drugs and analgesia pre-medication.
- Charges for telephone consultations, failure to keep a scheduled appointment, to complete claim forms or attending Dentist statements, and any other services or supplies which are not part of the direct treatment of the Covered Person.
- Dental education or training programs including oral hygiene or plaque control programs.
- Counseling on diet and nutrition.
- Expense related to a Covered Person's military service, including service in a military reserve unit.
- Orthodontia, unless this coverage is elected by the Policyholder and the required premium is paid.
- Prosthodontics, unless this coverage is elected by the Policyholder and the required premium is paid.
- Charges payable under any medical insurance.
- Charges made by any government entity unless the Covered Person is required to pay; or by any public entity from which coverage could have been obtained by application or enrollment even if application or enrollment was not actually made.
- Use of materials, other than fluorides or sealants, to prevent tooth decay.
- Bite registrations.
- Bacteriologic cultures in connection with a covered dental service.
- Therapeutic injections administered by a Dentist.

POLICY RENEWABILITY

The policy may be terminated by the Company or the Policyholder at anytime with proper notice as required by your state.

PREMIUM CHANGES

Premiums are subject to change. We may change your premiums by giving you at least 45 days prior written notice.

THIS OUTLINE OF COVERAGE IS ONLY A BRIEF SUMMARY OF THE POLICY AND IS NOT THE CONTRACT OF INSURANCE. PLEASE REFER TO THE POLICY OR CERTIFICATE OF COVERAGE FOR ACTUAL PROVISIONS.



COVERTURA DENTAL

RMD Management

LAS PRESTACIONES PROVEIDAS SON COMPLEMENTARIAS Y NO ESTAN DESTINADAS PARA CUBRIR TODOS LOS GASTOS DENTALES.

RESUMEN DE LA COBERTURA

Lea Cuidadosamente su Certificado. Este resumen de cobertura proporciona una breve descripción de las características importantes de su póliza. Este no es un contrato de aseguranza y solo las provisiones en su actual póliza serán controladas. La póliza en sí expone en detalle los derechos y obligaciones de ambos, usted y su compañía de seguros. Es por lo tanto importante que **¡LEA CUIDADOSAMENTE SU CERTIFICADO!**

COBERTURA DENTAL

Clausulas de esta categoría están diseñadas para proporcionar, a los asegurados, cobertura para Cargos Cubiertos que figuran en el Certificado como resultado de una condición dental y están sujetas a las condiciones y limitaciones de la póliza. Cargos Cubiertos se pagan después de que los deducibles aplicables se han cumplido. El PPO ofrece al asegurado las opciones de dentro de la red o fuera de la red para los servicios dentales. **Un Asegurado incurre menos gastos de su propio bolsillo al utilizar proveedores dentro de la red.** A proveedores dentro de la red se les paga una tarifa negociada. Pagos para proveedores fuera de la red son limitados a un máximo asignado por el plan (MPA). Su AMP se basa en las tarifas enlistadas dentro de la red.

Los Cargos Cubiertos enumerados en el Certificado de Cobertura se pagan de la siguiente manera:

Descripción del Servicio	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Deducible Anual (No Aplica para el Cuidado Preventivo)	\$50 por persona, hasta \$150 por familia	
Máximo Anual	\$1,000	
Máximo de por vida en Ortodoncia	Ilimitado	
Cuidado Preventivo	100% de la Tarifa PPO	80% de MPA
Cuidado Basico	80% de la Tarifa PPO	50% de MPA
Cuidado Mayor (12 Meses de Espera – no aplica por tomar posesión/covertura anterior)	50% de la Tarifa PPO	50% de MPA
Ortodoncia	0%	0% de MPA

LIMITACIONES Y RESTRINGCIONES

Las cantidades y los beneficios están sujetos a los gastos indicados en el Certificado de Cobertura.

Los Beneficios no serán pagados por gastos dentales que surjan de/o en conexión con:

- Tratamientos, servicios o suministros que:
- No son Médicamente Necesarios;
- No está prescritos por un Dentista;
- Son determinados por nosotros como Experimentos o Investigación;
- Se reciben sin cargo ni obligación legal de pagar;
- No son rutinariamente pagaderos en ausencia de un seguro;
- Son proporcionados por Familiares.

- Son lesiones infligidas Intencionalmente.
- Por participar en una Guerra o en un acto de Guerra, declarada o no.
- Por participar activa y voluntariamente de las Personas Cubiertas que tengan cargos un crimen o de un asalto a otra persona.
- Por la participación voluntaria en un disturbio.
- Empleo, ya sea causado por, relacionado con, o como una propiedad de éste, incluyendo el autoempleo. Está restringido se aplica incluso si Compensación de Trabajadores o cualquier Enfermedad Ocupacional o ley similar no cubre los cargos.
- Tratamientos que hayan empezado antes de la Fecha Efectiva de Cobertura de la Persona o después de que la Cobertura haya Terminado .
- Las malformaciones o desarrollos congénitos existentes cuando las Personas Cubiertas comenzaron su Certificado de Cobertura.
- Procedimientos Cosméticos.
- Los implantes quirúrgicos o trasplantes de cualquier tipo incluyendo prótesis unidos a ellos (a menos que se indique lo contrario en su plan de procedimientos cubiertos)
- Síndrome de Articulación Temporomandibular.
- Entablillado Periodontal.
- Los recubrimientos en las coronas o puentes posteriores al segundo premolar.
- Reemplazo de las dentaduras parciales o completas, los puentes fijos, coronas, restauraciones de oro o casquillos con mas frecuencia de una vez en un período de 10 años.
- Revestimiento de dentaduras más de una vez en un período de 2 años.
- Pérdida, robo o duplicados de dentaduras o puentes.
- Arreglo o removimiento de puentes que implican el reemplazo de un diente natural o de los dientes perdidos antes de la Fecha en que la Persona fue Efectiva bajo su Certificado de Cobertura. Los beneficios para puentes pueden ser pagados mientras que la perdida de los dientes hayan sido al estar cubierto bajo este Certificado, siempre y cuando dicho puente no sea un pilar que no sea cubierto para los servicios de puentes.
- Medicamentos con receta y analgésicos.
- Cargos por consultas telefónicas, faltar a una consulta establecida, llenar reclamos o facturas, y cualquier otro servicio o suplementos que no sean parte del tratamiento directo de la Persona Cubierta.
- Educación Dental o programas de entrenamiento incluyendo programas de higiene oral o de control de placa oral.
- Asesoramiento sobre la dieta y la nutrición.
- Gastos relacionados con el servicio militar de la Persona Cubierta, incluyendo el servicio en una unidad de reserva militar.
- Ortodoncia, a menos que esta cobertura sea elegida por el asegurado y la prima requerida sea pagada.
- Prótesis, a menos que esta cobertura sea elegida por el asegurado y la prima requerida sea pagada.
- Cargos que sean pagados bajo cualquier seguro médico.
- Cargos hechos por cualquier entidad gubernamental a menos que se le requiera a la Persona Cubierta pagar; o por cualquier entidad pública donde la cobertura podría haber sido obtenida mediante la aplicación o inscripción aun si la aplicación o inscripción no se haya realizado.
- El uso de materiales, distintos a los del fluoruro o selladores, para prevenir las caries.
- Registros de Impresión de Mordida.
- Cultivos bacteriológicos en relación con un servicio dental cubierto.
- Inyecciones terapéuticas administradas por un dentista.

RENOVACION DE LA POLIZA

La poliza puede ser cancelada por la Compañía o el Asegurado en cualquier momento con aviso apropiado según lo requiera su estado.

CARGOS DE PRIMA

Las primas están sujetas a cambios. Podremos cambiar sus primas dándole al menos 45 días de aviso previo por escrito.

ESTE PERFIL DE LA COBERTURA ES SOLO UN BREVE RESUMEN DE LA POLIZA Y NO ES EL CONTRATO DEL SEGURO. POR FAVOR CONSULTE LA POLIZA O EL CERTIFICADO DE COBERTURA DISPOSICIONES ACTUALES.