

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Deducible anual individual	\$50	\$50
Deducible anual familiar	\$150	\$150
Beneficio máximo anual* (El beneficio total pagadero por el plan no excederá la cantidad máxima más alta indicada, ya sea por servicios dentro de la red o fuera de la red).	\$1200 por persona por año calendario	\$1200 por persona por año calendario
El deducible anual se aplica a los servicios preventivos y de diagnóstico	No	
Período de espera	12 meses para servicios mayores	

SERVICIOS CUBIERTOS**	DENTRO DE LA RED EL PLAN PAGA***	FUERA DE LA RED EL PLAN PAGA****	PAUTAS DE BENEFICIOS
SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO			
Evaluación bucal periódica	100 %	100 %	Se limitan a 2 veces cada 12 meses consecutivos.
Radiografías	100 %	100 %	Aleta de mordida: Se limitan a 1 serie de placas por año calendario. Completa o panorámica: Se limita a 1 vez cada 36 meses consecutivos.
Pruebas de laboratorio y otros exámenes de diagnóstico	100 %	100 %	
SERVICIOS PREVENTIVOS			
Profilaxis dental (limpiezas)	100 %	100 %	Se limitan a 2 veces cada 12 meses consecutivos.
Tratamientos con fluoruro	100 %	100 %	Se limitan a personas cubiertas menores de 16 años y a 2 veces cada 12 meses consecutivos.
Selladores	100 %	100 %	Se limitan a personas cubiertas menores de 16 años y a una vez por primer o segundo molar permanente cada 36 meses consecutivos.
Mantenedores de espacio	100 %	100 %	Para personas cubiertas menores de 16 años, se limitan a 1 cada 60 meses consecutivos.
SERVICIOS DENTALES BÁSICOS			
Restauraciones (amalgama o compuesto de resina en dientes anteriores)**	80 %	80 %	Varias restauraciones en una superficie se tratarán como un empaste dental único.
Servicios generales (incluye tratamiento de emergencia)	80 %	80 %	Tratamiento paliativo: Con cobertura como un beneficio aparte solamente si no se prestó ningún otro servicio, salvo radiografías, durante la visita. Anestesia general: Cuando es médicamente necesaria. Protector oclusal: Se limita a 1 protector cada 36 meses consecutivos.
Extracciones dentales	80 %	80 %	Se limita a 1 vez por diente una vez en la vida.
SERVICIOS DENTALES MAYORES			
Cirugía bucal (incluye las extracciones dentales quirúrgicas)	50 %	50 %	
Periodoncia	50 %	50 %	Cirugía periodontal: Se limita a 1 cuadrante o sitio cada 36 meses consecutivos por área quirúrgica. Raspado y alisado radicular: Se limita a 1 vez por cuadrante cada 24 meses consecutivos. Mantenimiento periodontal: Se limita a 2 veces cada 12 meses consecutivos luego de un tratamiento periodontal activo y complementario, sin incluir un desbridamiento total.
Endodoncia	50 %	50 %	Tratamiento de conducto radicular: Se limita a 1 vez por diente una vez en la vida.
Incrustaciones tipo inlay, onlay o coronas**	50 %	50 %	Se limitan a 1 vez por diente cada 60 meses consecutivos.
Dentaduras postizas y otras prótesis removibles	50 %	50 %	Dentaduras postizas parciales o completas: Se limitan a 1 cada 60 meses consecutivos. No hay asignación adicional por aditamentos de precisión o semiprecisión.
Dentaduras postizas parciales fijas (puentes)**	50 %	50 %	Se limitan a 1 vez por diente cada 60 meses consecutivos.

* Este plan incluye un programa de recompensas de beneficios máximos. Parte de su beneficio máximo anual sin utilizar puede estar disponible en períodos de beneficios futuros.

** Su plan dental establece que cuando existan dos o más tratamientos dentales profesionalmente aceptables para una condición dental, su plan basa el reembolso en la alternativa de tratamiento más económica. Si usted y su dentista acuerdan un tratamiento más caro que el tratamiento en el cual se basa el beneficio del plan, usted será responsable de la diferencia entre las tarifas por el servicio prestado y las tarifas cubiertas por el plan. Además, se recomienda realizar un cálculo aproximado antes del tratamiento por cualquier servicio cuyo costo se calcule que será superior a \$500. Consulte con su dentista.

*** El porcentaje de beneficios dentro de la red se basa en la tarifa descontada negociada con el proveedor.

**** El porcentaje de beneficios fuera de la red se basa en la cantidad permitida que hubiera cobrado un proveedor de la red por el mismo servicio.

De acuerdo al mandato del estado de Colorado, la cirugía reconstructiva y de labio leporino o paladar hendido están cubiertas por este plan.

Este plan cubre los programas de Cuidado Dental Prenatal (no disponible en WA) y de Pruebas de Detección del Cáncer de Boca. El material que se encuentra en el cuadro anterior es solo para propósitos informativos y no constituye una oferta de cobertura. Tenga presente que el cuadro anterior solamente proporciona una descripción resumida y general de la cobertura, y no constituye un contrato. Para obtener un listado completo de su cobertura, incluidas las exclusiones y limitaciones de beneficios relacionadas con dicha cobertura, consulte el Certificado de Cobertura o comuníquese con su administrador de beneficios. Si existe alguna diferencia entre este Resumen de Beneficios y el Certificado de Cobertura o administrador de beneficios, prevalecerán estos últimos. Todos los términos y condiciones de cobertura están sujetos a las leyes estatales y federales vigentes. Los mandatos estatales sobre los niveles de beneficios y limitaciones de edad pueden sustituir las características del diseño del plan.

El plan Voluntary Options PPO de UnitedHealthcare Dental® está asegurado o es proporcionado por: UnitedHealthcare Insurance Company, Hartford, Connecticut; UnitedHealthcare Insurance Company of New York, Hauppauge, Nueva York; Unimerica Insurance Company, Milwaukee, Wisconsin; Unimerica Life Insurance Company of New York, Nueva York, Nueva York; o United Healthcare Services, Inc.

UnitedHealthcare/exclusiones y limitaciones dentales

Los servicios dentales descritos en esta sección están cubiertos cuando dichos servicios:

- Sean necesarios;
- Sean prestados por un dentista u otro proveedor adecuado —según se describa específicamente— o bajo la dirección de este;
- Sean el tratamiento menos costoso, clínicamente aceptado; y
- No estén excluidos, según se describe en la sección titulada “Exclusiones generales”.

LIMITACIONES GENERALES

EVALUACIÓN BUCAL PERIÓDICA Se limita a

2 veces cada 12 meses consecutivos.

RADIOGRAFÍAS EN SERIE COMPLETA O

PANORÁMICA Se limitan a 1 vez cada 36 meses consecutivos.

RADIOGRAFÍAS DE ALETA DE MORDIDA Se limitan a 1 serie de placas por año calendario.

RADIOGRAFÍAS EXTRABUCALES Se limitan a 2 placas por año calendario.

PROFILAXIS DENTAL Se limita a 2 veces cada 12 meses consecutivos.

TRATAMIENTOS CON FLUORURO Se limitan a personas cubiertas menores de 16 años y a 2 veces cada 12 meses consecutivos.

MANTENEDORES DE ESPACIO Se limitan a personas cubiertas menores de 16 años y a 1 cada 60 meses consecutivos. El beneficio incluye todos los ajustes realizados en un plazo de 6 meses después de la colocación.

SELLADORES Se limitan a personas cubiertas menores de 16 años y a una vez por el primer o segundo molar permanente cada 36 meses consecutivos.

RESTAURACIONES Varias restauraciones en una superficie se tratarán como un empaste dental único.

RETENCIÓN DE ESPIGAS Se limita a 2 espigas por diente; sin cobertura si es adicional a una restauración de molde.

INCRUSTACIONES TIPO INLAY Y ONLAY Se limitan a 1 vez por diente cada 60 meses consecutivos. Con cobertura solamente cuando no se pueda restaurar el diente con empaste dental.

CORONAS Se limitan a 1 vez por diente cada 60 meses consecutivos. Con cobertura solamente cuando no se pueda restaurar el diente con empaste dental.

PERNOS Y MUÑONES Con cobertura solamente para los dientes en los que se hizo un tratamiento de conducto radicular.

EMPASTES DENTALES SEDANTES Con cobertura como un beneficio aparte solamente si no se prestó ningún otro servicio, salvo examen y radiografías, en el mismo diente durante la visita.

RASPADO Y ALISADO RADICULAR Se limita a 1 vez por cuadrante cada 24 meses consecutivos.

TRATAMIENTO DE CONDUCTO RADICULAR Se limita a 1 vez por diente una vez en la vida.

MANTENIMIENTO PERIODONTAL Se limita a

2 veces cada 12 meses consecutivos luego de un tratamiento periodontal activo o complementario, sin incluir un desbridamiento total.

DENTADURAS POSTIZAS COMPLETAS Se limitan a 1 cada 60 meses consecutivos. No hay asignación adicional por aditamentos de precisión o semiprecisión.

DENTADURAS POSTIZAS PARCIALES Se limitan a 1 cada 60 meses consecutivos. No hay asignación adicional por aditamentos de precisión o semiprecisión.

REBASE Y REEMPLAZO DE BASE DE DENTADURAS POSTIZAS Se limita a un rebase y reemplazo de base hecho más de 6 meses después de la inserción inicial. Se limita a 1 vez cada 12 meses consecutivos.

REPARACIONES A DENTADURAS POSTIZAS COMPLETAS, DENTADURAS POSTIZAS PARCIALES Y PUENTES Se limitan a reparaciones o ajustes realizados más de 12 meses después de la inserción inicial. Se limitan a 1 cada 6 meses consecutivos.

TRATAMIENTO PALIATIVO Con cobertura como un beneficio aparte solamente si no se prestó ningún otro servicio, salvo examen y radiografías, en el mismo diente durante la visita.

PROTECTORES OCLUSALES Se limitan a 1 protector cada 36 meses consecutivos y solo si se indican para controlar el desgaste habitual.

DESBRIDAMIENTO DE BOCA COMPLETA Se limita a 1 cada 36 meses consecutivos.

ANESTESIA GENERAL Con cobertura solo cuando es médicamente necesaria.

INJERTOS ÓSEOS Se limitan a 1 por cuadrante o sitio cada 36 meses consecutivos.

CIRUGÍA PERIODONTAL La cirugía periodontal del tejido duro y blando se limita a 1 por cuadrante o sitio cada 36 meses consecutivos, por área quirúrgica.

REEMPLAZO DE DENTADURAS POSTIZAS COMPLETAS, DENTADURAS POSTIZAS PARCIALES FIJAS O REMOVIBLES, CORONAS,

INCRUSTACIONES TIPO INLAY U ONLAY El reemplazo de dentaduras postizas completas, dentaduras postizas parciales fijas o removibles, coronas, incrustaciones tipo inlay u onlay cuyo pago conforme al plan se haya solicitado previamente se limita a 1 vez cada 60 meses consecutivos a partir de la colocación inicial o complementaria. Esto incluye retenedores, aparatos correctores de hábitos y cualquier aparato de ortodoncia interceptiva removible o fijo.

EXCLUSIONES GENERALES

Lo siguiente no está cubierto:

- Servicios dentales que no son necesarios.
- Hospitalización y otros cargos del centro.
- Cualquier procedimiento dental realizado exclusivamente por razones cosméticas o estéticas. (Los procedimientos estéticos son aquellos que mejoran la apariencia física).
- Cirugía reconstructiva sin importar si es incidental a una enfermedad, lesión o anomalía congénita dental cuando el principal propósito es mejorar el funcionamiento fisiológico de la parte del cuerpo afectada. Esta exclusión no incluye cirugía reconstructiva cuando dicho servicio sea secundario u obedezca a un procedimiento dental quirúrgico cubierto de la pieza en cuestión, o dicho servicio se realice en un hijo dependiente por una anomalía congénita que haya tenido como resultado un defecto funcional según lo determine el dentista tratante.
- Cualquier procedimiento dental que no esté directamente relacionado con una enfermedad dental.
- Cualquier procedimiento dental no realizado en un centro dental.
- Procedimientos que se consideren experimentales, de investigación o no comprobados. Esto incluye regímenes farmacológicos no aceptados por el Consejo de Terapeutas Dentales de la Asociación Dental Americana (American Dental Association, ADA). El hecho de que un servicio, tratamiento, dispositivo o régimen farmacológico experimental, de investigación o no comprobado sea el único tratamiento disponible para una condición en particular no significa que estará cubierto si el procedimiento se considera experimental, de investigación o no comprobado para el tratamiento de dicha condición en particular.
- Servicios por lesiones o condiciones cubiertas por el seguro de accidentes laborales o las leyes de responsabilidad del empleador y servicios que sean prestados, sin costo para la persona cubierta, por un municipio, condado u otra subdivisión política. Esta exclusión no se aplica a ningún servicio cubierto por Medicaid o Medicare.
- Cargos por procedimientos dentales comenzados antes de que la persona cubierta estuviera inscrita en la póliza.

10. Servicios dentales que estén cubiertos por la póliza, pero que se presten después de la fecha en que termina la cobertura individual de la póliza, incluidos los servicios dentales por condiciones dentales que surjan antes de dicha fecha.
11. Servicios prestados por un proveedor con la misma residencia legal que la persona cubierta o que sea miembro de la familia de la persona cubierta, como un cónyuge, hermano(a), padre, madre o hijo(a).
12. Los servicios en el extranjero no están cubiertos a menos que sean de emergencia.
13. Reemplazo de coronas, puentes y prótesis fijas o removibles insertados antes de la cobertura del plan a menos que el paciente haya estado cubierto por la póliza durante 12 meses consecutivos. Si la pérdida de un diente requiere agregar un gancho, pónico o soporte(s) durante dicho período de 12 meses, el plan es responsable solamente de los procedimientos relacionados con dicha adición.
14. Reposición de dientes naturales faltantes que se hayan perdido antes del inicio de la cobertura del plan hasta que el paciente haya estado cubierto por la póliza durante 12 meses consecutivos.
15. Reemplazo de dentaduras postizas completas, dentaduras postizas parciales fijas o removibles o coronas si el daño o rotura estuvo directamente relacionado con un error del proveedor. Este tipo de reemplazo es responsabilidad del dentista. Si el reemplazo es necesario debido al incumplimiento del paciente, el costo del reemplazo es responsabilidad del paciente.
16. Los procedimientos de restauración de prótesis fijas o removibles para rehabilitación o reconstrucción bucal completa.
17. Aditamentos para prótesis removibles convencionales o puentes fijos. Esto incluye aditamentos de precisión o semiprecisión relacionados con dentaduras postizas parciales, coronas o soportes de puentes, sobredentaduras postizas parciales o completas, cualquier aditamento interno relacionado con una prótesis de implante y cualquier procedimiento de endodoncia electivo relacionado con un diente o raíz implicado en la construcción de una prótesis de esta naturaleza.
18. Procedimientos relacionados con la reconstrucción de la dimensión vertical de oclusión (DVO) correcta del paciente.
19. Colocación de implantes dentales, aditamentos soportados por el implante y prótesis.
20. Colocación de dentaduras postizas parciales fijas exclusivamente con el fin de lograr la estabilidad periodontal.
21. Tratamiento de neoplasias, quistes u otras patologías benignas, salvo la escisión. Tratamiento de neoplasias malignas o anomalías congénitas del tejido blando o duro, incluida la escisión.
22. Reducción de fracturas óseas faciales y cualquier tratamiento relacionado con la dislocación del tejido duro esquelético facial.
23. Servicios relacionados con el síndrome de la articulación temporomandibular, ya sea bilateral o unilateral. Cirugía del maxilar superior e inferior (incluida la cirugía relacionada con la articulación temporomandibular). No se proporciona cobertura para cirugía ortognática, alineación de la mandíbula ni tratamiento del síndrome de la articulación temporomandibular.
24. Acupuntura, acupresión y otras formas de tratamiento alternativo, ya sea que se utilicen como anestesia o no.
25. Medicamentos que se obtienen con o sin receta, a menos que se surtan y usen en el consultorio dental durante la visita del paciente.
26. Habrá un cargo por no asistir a las citas programadas sin avisar al consultorio dental con 24 horas de anticipación.
27. Protectores oclusales utilizados como elementos de seguridad o para incidir en el desempeño principalmente en actividades relacionadas con los deportes.
28. Servicios dentales recibidos como resultado de una guerra o de cualquier acto de guerra, declarada o no declarada, o causados durante el servicio en las fuerzas armadas de cualquier país.

Los planes que se venden en el estado de Texas utilizan el número de formulario del Certificado de Cobertura asociado: DCOC.CER.06