

servicios dentales cubiertos

	NO DE ORTODONCIA		ORTODONCIA	
	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Deducible Anual Individual	\$50	\$50	\$0	\$0
Deducible Anual Familiar	\$150	\$150	\$0	\$0
Beneficio Máximo Anual* <i>(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.)</i>	\$1000 por persona por cada año calendario	\$1000 por persona por cada año calendario	\$1000 por persona de por vida	\$1000 por persona de por vida
El Deducible Anual se Aplica a los Servicios Preventivos y de Diagnóstico	No			
El Deducible Anual se Aplica a los Servicios de Ortodoncia	No			
Período de Espera	Sin período de espera			
Requisito para el Beneficio de Ortodoncia	Hijos solamente hasta los 19 años			

SERVICIOS CUBIERTOS**	DENTRO DE LA RED EL PLAN PAGA***	FUERA DE LA RED EL PLAN PAGA****	PAUTAS DE BENEFICIOS
SERVICIOS PREVENTIVOS Y DE DIAGNÓSTICO			
Evaluación bucal periódica	100%	100%	Se limita a 2 veces cada 12 meses consecutivos.
Radiografías - Aleta de mordida	100%	100%	Aleta de mordida: Se limitan a 1 serie de placas por cada año calendario. Completa o panorámica: Se limitan a 1 vez cada 36 meses consecutivos.
Radiografías - Bucales/Extrabucales	100%	100%	Se limitan a 2 placas por cada año calendario.
Pruebas de laboratorio y otros exámenes de diagnóstico	100%	100%	
Profilaxis dental (limpiezas)	100%	100%	Se limita 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 el 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 solo empaste dental.
Servicios generales - Tratamiento de emergencia	80%	80%	Con cobertura como un beneficio aparte solamente si no se prestó ningún otro servicio durante la visita, salvo radiografías.
Servicios generales - Protectores oclusales	80%	80%	Se limitan a 1 protector cada 36 meses consecutivos.
Servicios generales - Anestesia	80%	80%	Cuando es clínicamente necesaria.
Extracciones dentales	80%	80%	Se limitan a 1 vez por cada diente de por vida.
SERVICIOS DENTALES MAYORES			
Cirugía bucal - Biopsia con cepillo	50%	50%	
Cirugía bucal - Extracciones dentales quirúrgicas	50%	50%	
Cirugía bucal - Parcial/Completamente en el hueso	50%	50%	
Cirugía bucal - Otro tipo	50%	50%	
Endodoncia - Pulpotomía	50%	50%	Tratamiento de conducto radicular: Se limita a 1 vez por cada diente de por vida.
Endodoncia - Otro tipo	50%	50%	
Mantenimiento periodontal	50%	50%	Se limita a 2 veces cada 12 meses consecutivos luego de un tratamiento periodontal activo y complementario, sin incluir un desbridamiento total.
Periodoncia - No quirúrgica	50%	50%	Raspado y alisado radicular: Se limitan a 1 vez por cuadrante cada 24 meses consecutivos.
Periodoncia - Quirúrgica	50%	50%	Se limita a 1 cuadrante o sitio cada 36 meses consecutivos por área quirúrgica.
Periodoncia - Cirugía ósea	50%	50%	Se limita a 1 cuadrante o sitio cada 36 meses consecutivos por área quirúrgica.
Incrustaciones tipo inlay/onlay/coronas**	50%	50%	Se limitan a 1 vez por cada diente cada 60 meses consecutivos.
Dentaduras postizas y otras prótesis extraíbles	50%	50%	Dentaduras postizas parciales/completas: Se limitan a 1 cada 60 meses consecutivos. No hay asignaciones adicionales por aditamentos de precisión o semiprecisión.
Dentaduras postizas parciales fijas (puentes)**	50%	50%	Se limitan a 1 vez por cada diente cada 60 meses consecutivos.
SERVICIOS DE ORTODONCIA			
Diagnóstico o corrección de la alineación inadecuada de los dientes o la mordida	50%	50%	

* Este plan incluye un programa de recompensas de beneficios máximos. Parte de su beneficio máximo anual no utilizado podría estar disponible en futuros períodos de beneficios.

** 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 con descuento negociada con el proveedor.

**** El porcentaje de beneficios fuera de la red se basa en la lista de tarifas usuales y habituales que prevalecen en el área geográfica en la cual se incurren los gastos.

Según el requisito del estado de Illinois, un conviviente civil está incluido en la definición de dependiente. Para ver una descripción completa de la cobertura de dependientes, consulte su Certificado de Cobertura.

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 para su conocimiento solamente y no constituye una oferta de cobertura. Tenga en cuenta que el cuadro anterior solamente proporciona una descripción breve 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 su Certificado de Cobertura o comuníquese con su administrador de beneficios. Si existe alguna diferencia entre este Resumen de Beneficios y su 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 Options PPO de UnitedHealthcare Dental® está asegurado o es proporcionado por: UnitedHealthcare Insurance Company, Hartford, Connecticut; UnitedHealthcare Insurance Company of New York, Hauppauge, New York; Unimerica Insurance Company, Milwaukee, Wisconsin; Unimerica Life Insurance Company of New York, New York, New York; o United HealthCare Services, Inc.

UnitedHealthcare/exclusiones y limitaciones dentales

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

- A. Sean necesarios;
- B. Sean prestados por un dentista u otro proveedor apropiado o bajo la dirección de este, según se describa específicamente;
- C. Sean el tratamiento menos costoso, clínicamente aceptado; y
- D. No estén excluidos, según se describe en la sección titulada Exclusiones Generales.

LIMITACIONES GENERALES

1. **EVALUACIÓN BUCAL PERIÓDICA** Se limita a 2 veces cada 12 meses consecutivos.
2. **SERIE COMPLETA DE RADIOGRAFÍAS O RADIOGRAFÍA PANORÁMICA** Se limita a 1 vez cada 36 meses consecutivos.
3. **RADIOGRAFÍAS DE ALETA DE MORDIDA** Se limitan a 1 serie de placas por cada año calendario.
4. **RADIOGRAFÍAS EXTRABUCALES** Se limitan a 2 placas por cada año calendario.
5. **PROFILAXIS DENTAL** Se limita a 2 veces cada 12 meses consecutivos.
6. **TRATAMIENTOS CON FLUORURO** Se limitan a personas cubiertas menores de 16 años y a 2 veces cada 12 meses consecutivos.
7. **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.
8. **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.
9. **RESTAURACIONES (Amalgama o Compuesto de Resina)** Varias restauraciones en una superficie se tratarán como un solo empaste dental.
10. **RETENCIÓN DE ESPIGAS** Se limita a 2 espigas por cada diente; sin cobertura si es además de una restauración de molde.
11. **INCRUSTACIONES TIPO INLAY Y ONLAY** Se limitan a 1 vez por cada diente cada 60 meses consecutivos. Con cobertura solamente cuando no se pueda restaurar el diente con empaste dental.
12. **CORONAS** Se limitan a 1 vez por cada diente cada 60 meses consecutivos. Con cobertura solamente cuando no se pueda restaurar el diente con empaste dental.
13. **PERNOS Y MUÑONES** Con cobertura solamente para los dientes en los que se hizo un tratamiento de conducto radicular.
14. **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.
15. **RASPADO Y ALISADO RADICULAR** Se limitan a 1 vez por cuadrante cada 24 meses consecutivos.
16. **TRATAMIENTO DE CONDUCTO RADICULAR** Se limita a 1 vez por cada diente de por vida.
17. **MANTENIMIENTO PERIODONTAL** Se limita a 2 veces cada 12 meses consecutivos luego de un tratamiento periodontal activo o complementario, sin incluir un desbridamiento total.
18. **DENTADURAS POSTIZAS COMPLETAS** Se limitan a 1 vez cada 60 meses consecutivos. No hay asignaciones adicionales por aditamentos de precisión o semiprecisión.
19. **DENTADURAS POSTIZAS PARCIALES** Se limitan a 1 vez cada 60 meses consecutivos. No hay asignaciones adicionales por aditamentos de precisión o semiprecisión.
20. **REBASE Y REEMPLAZO DE BASE DE DENTADURAS POSTIZAS** Se limitan al rebase y el reemplazo de base realizados más de 6 meses después de la inserción inicial. Se limitan a 1 vez cada 12 meses consecutivos.
21. **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.
22. **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.
23. **PROTECTORES OCLUSALES** Se limitan a 1 protector cada 36 meses consecutivos y solamente están cubiertos si se recetan para controlar el desgaste habitual.
24. **DESBRIDAMIENTO DE BOCA COMPLETA** Se limita a 1 vez cada 36 meses consecutivos.
25. **ANESTESIA GENERAL** Con cobertura solo cuando es clínicamente necesaria.
26. **INJERTOS ÓSEOS** Se limitan a 1 por cuadrante o sitio cada 36 meses consecutivos.
27. **CIRUGÍA PERIODONTAL** La cirugía periodontal del tejido duro y blando se limita a 1 cuadrante o sitio cada 36 meses consecutivos, por área quirúrgica.
28. **REEMPLAZO DE DENTADURAS POSTIZAS COMPLETAS, DENTADURAS POSTIZAS PARCIALES FIJAS O EXTRAÍBLES, CORONAS, INCRUSTACIONES TIPO INLAY U ONLAY** El reemplazo de dentaduras postizas completas, dentaduras postizas parciales fijas o extraíbles, 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 extraíble o fijo.

EXCLUSIONES GENERALES

1. Servicios dentales que no son necesarios.
2. Hospitalización u otros cargos del centro.
3. Cualquier procedimiento dental realizado únicamente por razones cosméticas o estéticas. (Los procedimientos estéticos son aquellos que mejoran la apariencia física.)
4. Cirugía reconstructiva, independientemente de que sea incidental a una enfermedad, lesión o anomalía congénita dental cuando el principal propósito es mejorar el funcionamiento fisiológico de la parte del cuerpo afectada.
5. Cualquier procedimiento dental que no esté directamente relacionado con una enfermedad dental.
6. Cualquier procedimiento dental que no se realice en un centro dental.
7. Procedimientos que se consideren experimentales, de investigación o no comprobados. Esto incluye regímenes farmacológicos no aceptados por el Consejo sobre Terapéutica Dental 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.
8. Colocación de implantes dentales, prótesis y pilares sobre implantes.
9. Medicamentos que se obtienen con o sin receta, a menos que se surtan y usen en el consultorio dental durante la visita del paciente.
10. Reducción de fracturas óseas faciales y cualquier tratamiento relacionado con la dislocación del tejido duro esquelético facial.
11. Tratamiento de neoplasias, quistes u otras patologías benignas, salvo la extirpación. Tratamiento de neoplasias malignas o anomalías congénitas del tejido blando o duro, incluida la extirpación.
12. Reemplazo de dentaduras postizas completas, dentaduras postizas parciales fijas o extraíbles 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.
13. Servicios relacionados con la articulación temporomandibular (temporomandibular joint, TMJ), 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 de la articulación temporomandibular.
14. Cargos por no asistir a las citas programadas sin avisar al consultorio dental con 24 horas de anticipación.
15. Gastos por procedimientos dentales comenzados antes de que la persona cubierta estuviera inscrita en la póliza.
16. Procedimientos de restauración de prótesis fijas o extraíbles para rehabilitación o reconstrucción bucal completa.
17. Aditamentos para prótesis extraíbles convencionales o puentes fijos. Esto incluye aditamentos de precisión o semiprecisión relacionados con dentaduras postizas parciales, coronas o pilares 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 (vertical dimension of occlusion, VDO) correcta del paciente.
19. Protectores oclales utilizados como elementos de seguridad o para incidir en el desempeño principalmente en actividades relacionadas con los deportes.
20. Colocación de dentaduras postizas parciales fijas únicamente con el fin de lograr la estabilidad periodontal.

EXCLUSIONES GENERALES

- 21. 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, hermanos, padre, madre o hijos. Esta exclusión no se aplica a los grupos situados en el estado de Arizona, para así cumplir con las normas estatales.
- 22. 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.
- 23. Acupuntura; acupresión y otras formas de tratamiento alternativo, ya sea que se utilicen o no como anestesia.
- 24. La cobertura de servicios de ortodoncia no incluye la colocación de un mantenedor de espacio, ningún tratamiento relacionado con la articulación temporomandibular o un procedimiento quirúrgico para corregir una maloclusión, el reemplazo de aparatos correctores de hábitos o retenedores, ni ningún aparato de ortodoncia interceptiva fijo o extraíble previamente enviado para el pago conforme al plan.
- 25. Los servicios en el extranjero no están cubiertos a menos que sean de emergencia.
- 26. 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.
- 27. 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.