UnitedHealthcare Insurance Company (30100)®
Contributory Options PPO 30/servicios dentales cubiertos

Plan Dental
New Standard/014P3/U80

	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
Máximo (la suma de todos los beneficios dentro y fuera de la red no excederá el máximo anual)	$2,000 por cada persona por cada año calendario	$2,000 por cada persona por cada año calendario	$2,000 por cada persona de por vida	$2,000 por cada persona de por vida
Período de espera del nuevo miembro	Ninguno			
El deducible anual se aplica a los servicios preventivos y de diagnóstico			No (dentro de la red)	No (fuera de la red)
El Deducible Anual se Aplica a los Servicios de Ortodoncia			No	
Requisito para el Beneficio de Ortodoncia			Adultos e hijos	
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%	Consulte la sección Exclusiones y Limitaciones para ver las pautas de beneficios.	
Radiografías	100%	100%		
Análisis de laboratorio y otras pruebas de diagnóstico	100%	100%		
SERVICIOS PREVENTIVOS				
Profilaxis dental (limpieza)	100%	100%	Consulte la sección Exclusiones y Limitaciones para ver las pautas de beneficios.	
Tratamiento con fluoruro (preventivo)	100%	100%		
Selladores	100%	100%		
Mantenedores de espacio	100%	100%		
SERVICIOS BÁSICOS				
Restauraciones, amalgama o compuesto de resina (dientes anteriores y posteriores)	80%	80%	Consulte la sección Exclusiones y Limitaciones para ver las pautas de beneficios.	
Tratamiento de emergencia o Servicios generales	80%	80%		
Extracciones simples	80%	80%		
Cirugía bucal (incluye extracciones quirúrgicas)	80%	80%		
Periodoncia	80%	80%		
Endodoncia	80%	80%		
SERVICIOS MAYORES				
Incrustaciones tipo inlay/tipo onlay/coronas	50%	50%	Consulte la sección Exclusiones y Limitaciones para ver las pautas de beneficios.	
Dentaduras postizas y prótesis extraíbles	50%	50%		
Dentaduras postizas parciales fijas (puentes)	50%	50%		
Implantes	50%	50%		
SERVICIOS DE ORTODONCIA				
Diagnóstico o corrección de la alineación inadecuada de los dientes o la mordida	50%	50%		

* 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 costoso que el tratamiento en el cual se basa el beneficio del plan, usted será responsable de la diferencia entre la tarifa por el servicio prestado y la tarifa cubierta 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 las tarifas con descuento negociadas con el proveedor.

***El porcentaje de beneficios fuera de la red se basa en las tarifas usuales y habituales que prevalecen en las áreas geográficas en las cuales se incurren los gastos.

Las carillas dentales solamente están cubiertas cuando no se pueda restaurar un diente con empaste dental. Para ver una descripción completa y los niveles de cobertura para las carillas dentales, consulte su Certificado de Cobertura. Las tomografías computarizadas de haz cónico se limitan solamente a los códigos de tratamiento de captura e interpretación combinados. Para ver una descripción completa y los niveles de cobertura para las tomografías computarizadas de haz cónico, consulte su Certificado de Cobertura.

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 Exámenes de Detección de Cáncer Bucal.

El material que se encuentra en la tabla anterior es para su conocimiento solamente y no constituye una oferta de cobertura. Tenga en cuenta que la tabla anterior solamente proporciona una descripción breve y general de la cobertura, y no constituye un contrato. Para obtener una lista completa de su cobertura, incluidas las exclusiones y limitaciones 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 las condiciones de cobertura están sujetos a las leyes estatales y federales vigentes. Los mandatos estatales sobre los niveles de beneficios y limitaciones de edad podrían sustituir las características del diseño del plan.

El Plan Options PPO de UnitedHealthcare Dental está asegurado o es proporcionado por: United HealthCare Insurance Company, Hartford, Connecticut; United HealthCare 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.

03/13 ©2013-2014 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 por cada 12 meses consecutivos.

2 SERIE COMPLETA DE RADIOGRAFÍAS O RADIOGRAFÍA PANORÁMICA Se limita a 1 vez por 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 por cada 12 meses consecutivos.

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

7 MANTENEDORES DE ESPACIO Se limitan a personas cubiertas menores de 16 años y limitados a 1 por cada 60 meses consecutivos. El beneficio incluye todos los ajustes realizados en un plazo no mayor de 6 meses después de la colocación.

8 SELLADORES Se limitan a personas cubiertas menores de 16 años y a una vez por cada 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 se realiza además de una restauración de molde.

11 INCRUSTACIONES TIPO INLAY Y ONLAY, Y CARILLAS DENTALES Se limitan a 1 vez por cada diente por 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 por 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, excepto examen y radiografías, en el mismo diente durante la visita.

15 RASPADO Y ALISADO RADICULAR Se limitan a 1 vez por cada cuadrante por 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 por 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 para accesorios de precisión o semiprecisión.

19 DENTADURAS POSTIZAS PARCIALES Se limitan a 1 vez cada 60 meses consecutivos. No hay asignaciones adicionales para accesorios de precisión o semiprecisión.

20 REBASE Y REEMPLAZO DE BASE DE DENTADURAS POSTIZAS Se limitan al rebase o el reemplazo de base realizados más de 6 meses después de la inserción inicial. Se limitan a 1 vez por 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 por cada 6 meses consecutivos.

22 TRATAMIENTO PALIATIVO Con cobertura como un beneficio aparte solamente si no se prestó ningún otro servicio, excepto 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 LA 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 cada cuadrante o sitio por cada 36 meses consecutivos.

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

29 TOMOGRAFÍAS COMPUTARIZADAS DE HAZ CÓNICO Se limitan a 1 vez por cada 60 meses consecutivos.

EXCLUSIONES GENERALES

Los siguientes servicios no están cubiertos:

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 de 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 Medicamentos o principios activos que se obtienen con o sin receta, a menos que sean despachados y utilizados en el consultorio dental durante la visita del paciente.

9 Reducción de fracturas óseas faciales y cualquier tratamiento relacionado con la dislocación del tejido duro esquelético facial.

10 Tratamiento de neoplasias benignas, quistes u otras patologías relacionadas con lesiones benignas, excepto la extirpación por escisión. Tratamiento de neoplasias malignas o anomalías congénitas del tejido blando o duro, incluida la extirpación.

11 Reemplazo de dentaduras postizas completas, dentaduras postizas parciales fijas y extraíbles o coronas si el daño o la rotura estuvieron directamente relacionados 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.

12 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.

13 Cargos por no asistir a una cita programada sin avisar al consultorio dental con 24 horas de anticipación.

14 Gastos por procedimientos dentales comenzados antes de que la persona cubierta estuviera inscrita en la póliza.

15 Procedimientos de restauración de prótesis fijas o extraíbles para rehabilitación o reconstrucción bucal completa.

16 Accesorios para prótesis extraíbles convencionales o puentes fijos. Esto incluye accesorios de precisión o semiprecisión relacionados con dentaduras postizas parciales, coronas o pilares de puentes, sobredentaduras postizas parciales o completas, cualquier accesorio 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.

17 Procedimientos relacionados con la reconstrucción de la dimensión vertical de oclusión (vertical dimension of occlusion, VDO) correcta del paciente.

18 Protectores oclusales utilizados como elementos de seguridad o para incidir en el desempeño principalmente en actividades relacionadas con los deportes.

19 Colocación de dentaduras postizas parciales fijas únicamente con el fin de lograr la estabilidad periodontal.

20 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, padres o hijos. Esta exclusión no se aplica a los grupos situados en el estado de Arizona, para así cumplir con las normas estatales.

21 Servicios dentales que estén cubiertos de otra manera 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 la fecha en que termina la cobertura individual establecida en la póliza.

22 Acupuntura; acupresión y otras formas de tratamiento alternativo, ya sea que se utilicen o no como anestesia.

23 La cobertura de servicios de ortodoncia no incluye la colocación de un mantenedor de espacio, ningún tratamiento relacionado con la articulación temporomandibular ni ningún procedimiento quirúrgico para corregir una maloclusión, el reemplazo de aparatos correctores de hábitos o retenedores, ni ningún aparato de ortodoncia interceptiva fijo o extraíble cuyo pago conforme al plan se haya solicitado previamente.

24 Los servicios en el extranjero no están cubiertos a menos que se requieran en situaciones de emergencia.

25 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.

26 Servicios por lesiones o enfermedades cubiertas por el Seguro de Accidentes Laborales o las leyes de responsabilidad civil 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.