UnitedHealthcare®
Voluntary National Options PPO 20 Network/servicios dentales cubiertos

plan dental Gateway
5A445/MAC

	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.)*	$1500 por cada persona por cada año calendario	$1500 por cada persona por cada año calendario
El Deducible Anual se Aplica a los Servicios Preventivos y de Diagnóstico	No	
Período de Espera	Sin período de espera	

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 por cada 12 meses consecutivos.
Radiografías - Aleta de mordida	100%	100%	Aleta de mordida: Se limitan a 1 serie de placas por cada año calendario. Completas o panorámicas: Se limitan a 1 vez por cada 36 meses consecutivos.
Profilaxis dentales (limpiezas)	100%	100%	Se limitan a 2 veces por cada 12 meses consecutivos.
Tratamientos con fluoruro	100%	100%	Se limitan a personas cubiertas menores de 16 años y limitados a 2 veces por cada 12 meses consecutivos.
Selladores	100%	100%	Se limitan a personas cubiertas menores de 16 años y a una vez por cada primer o segundo molar permanente cada 36 meses consecutivos.
SERVICIOS DENTALES BÁSICOS			
Radiografías intrabucales o extrabucales	80%	80%	Se limitan a 2 placas por cada año calendario.
Análisis de laboratorio y otros exámenes de diagnóstico	80%	80%	
Mantenedores de espacio	80%	80%	Para personas cubiertas menores de 16 años, se limitan a 1 por cada 60 meses consecutivos.
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, excepto radiografías.
Extracciones simples	80%	80%	Se limitan a 1 vez por cada diente de por vida.
Cirugía bucal - Biopsia con cepillo	80%	80%	
Endodoncia - Pulpotomía	80%	80%	Tratamiento de conducto radicular: Se limita a 1 vez por cada diente de por vida.
Mantenimiento periodontal	80%	80%	Se limita a 2 veces por cada 12 meses consecutivos luego de un tratamiento periodontal activo y complementario, sin incluir un desbridamiento total.
SERVICIOS DENTALES MAYORES			
Servicios generales - Protectores oclusales	50%	50%	Se limitan a 1 protector cada 36 meses consecutivos.
Servicios generales - Anestesia	50%	50%	Cuando es clínicamente necesaria.
Cirugía bucal - Extracciones dentales quirúrgicas	50%	50%	
Cirugía bucal - Parcial/Completamente en el hueso	50%	50%	
Cirugía bucal - Otro tipo	50%	50%	
Endodoncia - Otro tipo	50%	50%	
Periodoncia - No quirúrgica	50%	50%	Raspado y alisado radicular: Se limitan a 1 vez por cada cuadrante por cada 24 meses consecutivos.
Periodoncia - Quirúrgica	50%	50%	Se limita a 1 cuadrante o sitio por cada 36 meses consecutivos por cada área quirúrgica.
Periodoncia - Cirugía ósea	50%	50%	Se limita a 1 cuadrante o sitio por cada 36 meses consecutivos por cada área quirúrgica.
Incrustaciones tipo inlay/tipo onlay/coronas*	50%	50%	Se limitan a 1 vez por cada diente por cada 60 meses consecutivos.
Dentaduras postizas y otras prótesis extraíbles	50%	50%	Dentaduras postizas parciales/completas: Se limitan a 1 por cada 60 meses consecutivos. No hay asignaciones adicionales para accesorios de precisión o semiprecisión.
Dentaduras postizas parciales fijas (puentes)*	50%	50%	Se limitan a 1 vez por cada diente por cada 60 meses consecutivos.

* 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 la tarifa con descuento 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.

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 del Cáncer de Boca. 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 un listado completo 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 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, New York; Unimerica Insurance Company, Milwaukee, Wisconsin; Unimerica Life Insurance Company of New York, New York, New York; o United Healthcare Services, Inc.

©2018-2019 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 y 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 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 del tejido duro y 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

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. Colocación de implantes dentales, prótesis y pilares implantosoportados.
9. Medicamentos y principios activos que se obtienen con o sin receta, a menos que sean suministrados y utilizados en el consultorio dental durante la visita del paciente.
10. Servicios por lesiones o condiciones 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.
11. Arreglo de fracturas óseas faciales y cualquier tratamiento relacionado con la dislocación del tejido duro esquelético facial.
12. 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.

©2018-2019 United HealthCare Services, Inc.

EXCLUSIONES GENERALES

13. Reemplazo de dentaduras postizas completas, dentaduras postizas parciales fijas y 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.
14. 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.
15. Cargos por no asistir a una cita programada sin avisar al consultorio dental con 24 horas de anticipación.
16. Gastos por procedimientos dentales comenzados antes de que la persona cubierta estuviera inscrita en la póliza.
17. Procedimientos de restauración de prótesis fijas o extraíbles para rehabilitación o reconstrucción bucal completa.
18. 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.
19. Procedimientos relacionados con la reconstrucción de la dimensión vertical de oclusión (vertical dimension of occlusion, VDO) correcta del paciente.
20. Reemplazo de coronas, puentes y prótesis fijas o extraíbles insertados antes de la cobertura del plan, a menos que la póliza haya cubierto al paciente durante 12 meses continuos. Si la pérdida de un diente requiere adicionar un gancho, póntico o pilares dentro de este período de 12 meses, el plan solo pagará los procedimientos relacionados con dicha adición.
21. Reemplazo de los dientes naturales faltantes que fueron perdidos antes de iniciar la cobertura del plan hasta que el paciente haya estado cubierto por la póliza durante 12 meses continuos.
22. Protectores oclusales utilizados como elementos de seguridad o para incidir en el desempeño principalmente en actividades relacionadas con los deportes.
23. Colocación de dentaduras postizas parciales fijas únicamente con el fin de lograr la estabilidad periodontal.
24. 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.
25. 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.
26. Acupuntura; acupresión y otras formas de tratamiento alternativo, ya sea que se utilicen o no como anestesia.
27. Servicios de ortodoncia.
28. Los servicios en el extranjero no están cubiertos a menos que se requieran en situaciones de emergencia.
29. 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.
30. Cualquier servicio o procedimiento dental no incluido en la Lista de Servicios Dentales Cubiertos.

©2018-2019 United HealthCare Services, Inc.