

PrimeStar[®] Access

Seguro Dental Individual – MAC/U&C & Indemnity plan



- No hay periodos de espera
- No hay tarifas para la inscripción
- Ahorros en la red de proveedores de Ameritas

Información del plan

La red de proveedores dentales de Ameritas es una de las cinco más grandes de la nación; lo que permite a los titulares de las pólizas en todo el país para acudir al dentista de su preferencia.

- Año con año, 98% de los proveedores permanecen en la red de Ameritas
- Los dentistas dentro de la red ofrecen tarifas entre un 25 y 50 por ciento por debajo de lo que regularmente cobran; lo cual significa ahorros a los titulares de las pólizas
- La Red de Proveedores Dentales de Ameritas cuenta con proveedores en Estados Unidos y México

La red no está disponible en los estados de Montana (MT), Rhode Island (RI), ni en los condados de Pensilvania (PA) Forest y Potter.

Provisión de reclamos MAC/U&C

Si el titular de la póliza acude a un dentista fuera de la red, los beneficios con cobertura se pagan con base en la tarifa usual y habitual (U&C) percentil 80. Esto quiere decir que el monto que el seguro paga por un procedimiento cubierto está dentro de los parámetros de lo que cobran 8 de 10 dentistas del área. El titular de la póliza paga la diferencia entre lo que el plan paga y lo que el dentista cobre. Si acude a un proveedor dentro de la red, los pagos se basarán en las tarifas contratadas (MAC/gasto máximo permitido); lo cual puede resultar en gastos directos menos elevados.

Provisión de reclamos de Indemnización (U&C)

Los beneficios con cobertura se pagan con base en la tarifa usual y habitual (U&C percentil 80).

Máximo incremental

El seguro cubre un máximo por persona, cada periodo de beneficios para servicios en procedimientos básicos y mayores combinados. El beneficio máximo anual desde el primer día es de \$1,000. Después del primer año, el máximo se incrementa a \$2,000.

Preventive Plus

Los procedimientos preventivos Tipo 1 no se deducen del beneficio máximo anual del plan. Esto permite que el beneficio anual sirva para pagar íntegramente procedimientos Tipo 2 y Tipo 3 que son más costosos.

Beneficios para LASIK

El beneficio para LASIK es de por vida que se paga una vez por ojo y no puede combinarse para tratar un ojo por separado. El plan paga \$125 por ojo a partir del primer día e incrementa hasta \$250 por ojo después del segundo año. El titular de la póliza debe tener al menos 18 años de edad para recibir los beneficios de LASIK.

Detalles del plan	Primer día	Después del primer año
Máximo de beneficios Por persona, cada año de beneficios	\$1,000	\$2,000
Preventive Plus	Incluidas	
Deducible Por persona, cada año de beneficios	\$0 Procedimientos Tipo 1 \$50 Procedimientos Tipos 2 y 3	
Preventivo (Tipo 1) Exámenes, limpiezas, radiografías de aletas de mordida, aplicación de flúor (hasta 16 años), sellantes, mantenedores de espacio	100%	
Básico (Tipo 2) Rellenos, extracciones simples	65%	80%
Mayores (Tipo 3) Radiografías panorámicas, cirugía bucal, canales radiculares (endodoncia), tratamiento a enfermedades de las encías (periodoncia), coronas, puentes, dentaduras postizas, implantes, blanqueamiento de dientes	20%	50%
Ortodoncia en niños Menores de 19 años de edad	15%	50%
Máximo de por vida por persona	\$1,000	
Beneficios LASIK de por vida en cada ojo	\$125 Año 1 y Año 2 \$250 Después del segundo año	

En Nueva Jersey, los procedimientos mayores están cubiertos al 25% desde el primer día.

Disponibilidad y tarifas

Utilice la siguiente lista para encontrar las tarifas dentales conforme al área. Visite el sitio myplan.ameritas.com para recibir un presupuesto final. Su área está determinada por los primeros 3 dígitos de su código postal.

Estado	Código postal	Área
Alaska	Todos	6
Georgia	300-303, 308-309	3
	El resto	2
Louisiana	700-701, 704	2
	El resto	1
Massachusetts	Todos	6
Mississippi	Todos	1

Estado	Código postal	Área
Montana	590-591, 598	4
	El resto	3
Pennsylvania	150-154, 156, 160, 170-171, 175-176, 180-181	2
	183, 189-194	4
	El resto	1
Rhode Island	Todos	4

Encuentre la tarifa dental conforme a su estado, área, tipo de plan y cobertura:

	Área:	1	2	3	4	5	6	7
PPO (U&C)	Titular de la póliza	\$52.83	\$58.39	\$63.94	\$70.19	\$77.13	\$84.77	\$93.11
	Titular de la póliza más un dependiente	\$107.00	\$118.26	\$129.53	\$142.21	\$156.30	\$171.79	\$188.69
	Titular de la póliza más dos o más dependientes	\$174.67	\$193.11	\$211.56	\$232.31	\$255.37	\$280.73	\$308.39

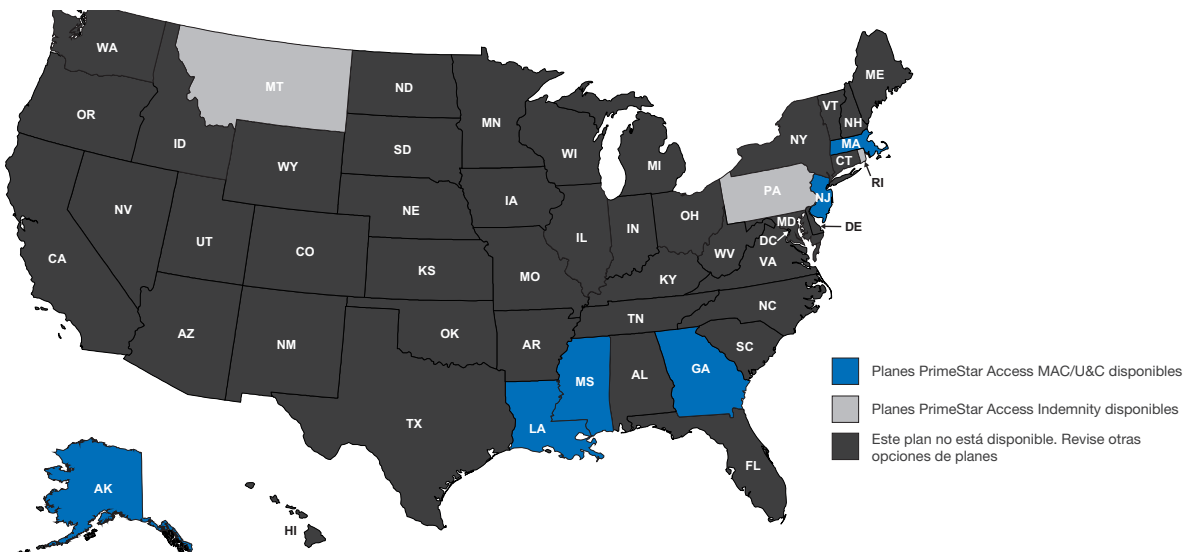
Montana, Rhode Island, and Pennsylvania counties of Potter and Forest

	Área:	1	2	3	4
Indemnity	Titular de la póliza	\$55.58	\$61.42	\$67.27	\$73.85
	Titular de la póliza más un dependiente	\$112.49	\$124.34	\$136.19	\$149.53
	Titular de la póliza más dos o más dependientes	\$183.45	\$202.83	\$222.22	\$244.02

New Jersey

	Área:	1
PPO (U&C)	Titular de la póliza	\$53.88
	Titular de la póliza más un dependiente	\$109.21
	Titular de la póliza más dos o más dependientes	\$178.50

La prima mensual se garantiza por los primeros 12 meses iniciales de cobertura. Después de los 12 meses, las primas pueden aumentar. La red no está disponible en los estados de Montana (MT), Rhode Island (RI), ni en los condados de Pensilvania (PA) Forest y Potter.



En Pennsylvania (PA) el plan ÚNICAMENTE disponible en los condados Forest y Potter

Información adicional

Individuos de 18 años de edad o mayores y sus dependientes son elegibles para cobertura. La cobertura puede comenzar mañana mismo. El titular de la póliza recibirá la póliza completa y la tarjeta de identificación en un plazo de 10 días después de la inscripción.

Este documento es simplemente un resumen del plan. La póliza completa incluirá la descripción legal integral de los beneficios. Ciertos planes y opciones del plan pueden no estar disponibles en todas las áreas geográficas.

Limitaciones y exclusiones del plan dental

Los gastos cubiertos no incluirán y no se pagarán beneficios en gastos:

- por cualquier tratamiento con propósitos estéticos.
- para reemplazar coronas, incrustaciones "onlay"/"inlay", carillas o dentaduras postizas completas o parciales dentro de los cinco años a partir de la fecha de la última colocación de estos artículos. Sin embargo, si se requiere el reemplazo debido a un accidente ocurrido mientras la persona asegurada tenga cobertura conforme a este contrato, entonces sí se considerará como un gasto cubierto.
- por la colocación inicial de cualquier prótesis dental o corona excepto que dicha colocación sea necesaria debido a la extracción de uno o más dientes mientras la persona asegurada posea cobertura bajo este contrato. Sin embargo, la extracción de un tercer molar (muela de juicio) no califica para lo mencionado anteriormente. Cualquier dispositivo o dentadura postiza parcial debe incluir el reemplazo del diente o los dientes extraídos.
- por ningún procedimiento iniciado antes de que la persona asegurada estuviese cubierta conforme a la póliza.
- para cualquier procedimiento iniciado después de que el seguro de la persona asegurada conforme a la póliza termine o para cualquier prótesis dental instalada o entregada más de 90 días después de que haya terminado el seguro de la persona asegurada conforme a la póliza.
- para reemplazar dispositivos extraviados o robados.
- por dispositivos, restauraciones o procedimientos para:
 - alteración de la dimensión vertical;
 - restaurar o mantener la oclusión; o
 - colocar un puente o reemplazar la pérdida de estructura dental como resultado de la abrasión o desgaste.
- por cualquier procedimiento el cual no figure en la tabla de procedimientos dentales. (Pueden haber frecuencias adicionales y limitaciones que apliquen, sírvase revisar la tabla de procedimientos dentales de la póliza).
- para la condición por la cual se le pagan beneficios a la persona asegurada de acuerdo con cualquier indemnización laboral o ley similar, o los gastos por servicios o suministros recibidos como resultado de una afección dental provocada o inducida por una lesión o enfermedad, como consecuencia o en el transcurso de cualquier empleo por un salario o ganancias
- para gastos de los cuales el asegurado no es responsable o los cuales no hubiesen tenido lugar de no haber habido un seguro en vigencia.
- para servicios que no son requeridos para el tratamiento y la atención necesaria, o no están dentro de los parámetros generalmente aceptados para el cuidado.
- debido a una guerra o cualquier acto de guerra, declarada o no.
- si se considera que dos o más procedimientos son el tratamiento adecuado y apropiado para corregir cierta condición de acuerdo con las normas generalmente aceptadas del cuidado dental, el monto del gasto cubierto será igual al costo del procedimiento menos costoso.

Limitaciones y exclusiones de ortodoncia

Los gastos cubiertos no incluirán y no se pagarán beneficios en gastos:

- para un programa que inicie en la fecha o después de que el asegurado cumpla 19 años de edad.
- para un programa que use materiales que no sean frenillos de metal para el tratamiento. El beneficio será considerado como si frenillos de metal hayan sido colocados.
- para un programa que haya iniciado antes que el asegurado esté bajo cobertura conforme a esta sección,
- en cualquier trimestre de un programa si el asegurado no estuvo bajo cobertura conforme a esta sección por el trimestre completo.
- para un programa más de una vez de por vida.
- si el seguro conforme a esta sección finaliza.
- por el cual se le pagan beneficios a la persona asegurada de acuerdo con cualquier indemnización laboral o ley similar, o los gastos por servicios o suministros recibidos como resultado de una afección dental provocada o inducida por una lesión o enfermedad, como consecuencia o en el transcurso de cualquier empleo por un salario o ganancias.
- para gastos de los cuales el asegurado no es legalmente responsable a pagar o los cuales no hubiesen tenido lugar de no haber habido un seguro en vigencia.
- para servicios que no son requeridos para el tratamiento y la atención necesaria, o no están dentro de los parámetros generalmente aceptados para el cuidado.
- debido a una guerra o cualquier acto de guerra, declarada o no.
- para arreglar o reparar dispositivos de ortodoncia rotos o dañados.
- para reemplazar dispositivos de ortodoncia perdidos, extraviados o robados.
- para gastos resultantes en el hecho de que el asegurado no cumplió con el Programa de Tratamiento.
- para servicios de alteración de la dimensión vertical y/o restaurar o mantener la oclusión, debido a, pero no limitado a lo siguiente: equilibrio, ferulización periodontal, rehabilitación bucal integral y restauración para la desalineación de los dientes.

Limitaciones y exclusiones de LASIK

- No se pagarán beneficios a ningún código HCPCS nivel II que no figure en la definición de procedimientos cubiertos.
- No se pagarán beneficios a cualquier asegurado que sea menor a los 18 años de edad.
- Cada persona asegurada es elegible únicamente para un pago por ojo de beneficios en procedimientos cubiertos. Ningún beneficio será pagadero para múltiples tratamientos para la corrección de la vista utilizando procedimientos láser en el mismo ojo.



Suscrito por Ameritas Life Insurance Corp. | 5900 O Street Lincoln, NE 68510

Este documento no es un certificado de seguro o una garantía de cobertura. Puede que el diseño del plan no esté disponible en todas las áreas y sea sujeto a regulaciones estatales para seguro individual. Este documento no puede usarse en Nuevo México. Esta información la proporciona Ameritas Life Insurance Corp. (Ameritas Life). Los productos dentales, oftalmológicos y de audición (9000 Rev. 03 16 para seguro grupal y 9000 Rev. 02-19 para seguro individual, fechas pueden variar por estado) son emitidos por Ameritas Life. Las redes de proveedores dentales y oftalmológicos no están disponibles en el estado de Rhode Island (RI). En Texas, nuestra red y planes dentales se les conocen como Ameritas Dental Network. Ameritas, el diseño del bisonte y "fulfilling life" son marcas o servicios registrados a nombre de Ameritas Life, de su filial Ameritas Holding Company o Ameritas Mutual Holding Company. © 2021 Ameritas Mutual Holding Company.



| 888-336-7601 | myplan.ameritas.com