

PrimeStar[®] Total

Seguro dental individual



- 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/MAB

La provisión de reclamos MAC es el monto máximo que un proveedor dentro de la red puede cobrar (Gasto Máximo Permitido). Si un titular de la póliza selecciona a un proveedor dentro de la red, puede tener gastos directos menos elevados. Si acude a un dentista fuera de la red, la provisión de reclamos está considerada hasta el beneficio máximo permitido (MAB), el cual equivale a la tarifa contratada más barata en su código postal Área. Ellos pagan la diferencia entre lo que el plan paga y lo que el dentista cobre.

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).

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 la audición

Los beneficios están disponibles para exámenes de la audición y dispositivos auditivos. En cada periodo de beneficios el titular de la póliza recibe hasta \$75 para exámenes de la audición que sean elegibles. El plan paga el 50% del costo del dispositivo auditivo hasta el monto máximo de beneficios.

El máximo de beneficios es \$200 desde el primer día, \$300 después del primer año y \$400 después del segundo año.

Después de cinco años de haber usado su cobertura para dispositivos auditivos, el titular de la póliza es elegible a los beneficios en el nivel más alto. Beneficios reducidos están disponibles después de tres años si su dispositivo auditivo ya no es efectivo para corregir su audición. Se asume que en todos estos beneficios no se interrumpió la cobertura.

Detalles del plan	Primer día	Después del primer año
Máximo de beneficios Por persona, cada año de beneficios	\$2,000	\$2,500
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	100%	
Básico (Tipo 2) Rellenos, extracciones simples	80%	90%
Mayores (Tipo 3) Radiografías panorámicas, cirugía bucal, canales radiculares (endodoncia), tratamiento a enfermedades de las encías (periodoncia), coronas, puentes, dentaduras postizas, implantes	20%	50%
Beneficios para examen anual de la audición	\$75	
Beneficios para dispositivos auditivos por oído*	\$200 Primer día \$300 Después del primer año \$400 Después del segundo año	

* Cuando se usen los beneficios para dispositivos auditivos en cualquier nivel, los miembros vuelven a ser elegibles para el beneficio, en el nivel máximo, después de cinco años siempre y cuando no cese la cobertura. Después de tres años, está disponible un beneficio reducido, si la audición sufre un deterioro que los dispositivos auditivos actuales no puedan corregir, siempre y cuando no cese la cobertura.

En Nueva Jersey, los procedimientos mayores están cubiertos al 25% desde el primer día. Los beneficios para la audición no están disponibles en Massachusetts, Nuevo Hampshire y Nuevo México. Preventive Plus no está disponible en Florida.



Disponibilidad

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
Alabama	Todos	1
Alaska	Todos	6
Arizona	851, 855-856, 859, 865	2
	El resto	3
Arkansas	Todos	1
California	922-925, 936-937, 952-953	4
	932-933, 959-961	5
	920, 934, 938-939, 942-947, 954-955	6
	El resto	7
Colorado	800-806, 808-809	4
	El resto	3
D.C.	Todos	6
Delaware	199	3
	El resto	5
Florida	330-334	5
	341-342	4
	El resto	3
Georgia	300-303, 308-309	3
	El resto	2
Hawaii	Todos	5
Idaho	832-834	2
	El resto	3
Indiana	Todos	2
Iowa	500-503, 511, 515, 520, 522-524, 527-528	3
	El resto	2
Kansas	660-662, 666, 670-672	2
	El resto	1
Kentucky	Todos	1
Louisiana	700-701, 704	2
	El resto	1
Maine	039-041	5
	042	4
	El resto	3
Massachusetts	Todos	6
Michigan	480-483	4
	El resto	3
Minnesota	553-554	5
	El resto	4
Mississippi	Todos	1
Missouri	630-633, 640-641	3
	650-652, 656-658	2
	El resto	1

Estado	Código postal	Área
Montana	590-591, 598	4
	El resto	3
Nebraska	680-681, 685	2
	687	3
	El resto	1
Nevada	Todos	3
New Hampshire	030-031, 038	6
	El resto	5
New Jersey	Todos	1
New Mexico	Todos	2
	275-277, 280-282	4
North Carolina	283-289	2
	El resto	3
	580-581, 585	3
North Dakota	El resto	2
	730-731	3
Oklahoma	740-741	2
	El resto	1
	Todos	5
Oregon	150-154, 156, 160, 170-171, 175-176, 180-181	2
	183, 189-194	4
	El resto	1
Rhode Island	Todos	4
South Carolina	Todos	2
South Dakota	Todos	2
	370-372	3
Tennessee	373-374, 377-381	2
	El resto	1
	750-754, 762, 770, 773-775, 786-787	3
Texas	El resto	2
	Todos	2
Vermont	Todos	4
	201, 220-225	5
	226, 228-229, 240-241	3
Virginia	230-238	4
	El resto	2
	254, 267	3
West Virginia	El resto	1
	Todos	4
Wisconsin	Todos	4
Wyoming	Todos	2



Tarifas

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

Área:		1	2	3	4	5	6	7
MAC	Titular de la póliza	\$39.34	\$43.37	\$47.41	\$51.95	\$57.00	\$62.54	\$68.60
	Titular de la póliza más un dependiente	\$78.37	\$86.44	\$94.51	\$103.59	\$113.68	\$124.78	\$136.89
	Titular de la póliza más dos o más dependientes	\$124.52	\$137.44	\$150.35	\$164.88	\$181.02	\$198.78	\$218.16
PPO (U&C)	Titular de la póliza	\$57.65	\$63.63	\$69.62	\$76.36	\$83.85	\$92.08	\$101.06
	Titular de la póliza más un dependiente	\$114.98	\$126.96	\$138.94	\$152.41	\$167.38	\$183.85	\$201.82
	Titular de la póliza más dos o más dependientes	\$183.10	\$202.27	\$221.43	\$242.99	\$266.95	\$293.30	\$322.04
Indemnity	Titular de la póliza	\$60.60	\$66.90	\$73.21	\$80.30			
	Titular de la póliza más un dependiente	\$120.89	\$133.50	\$146.11	\$160.29			
	Titular de la póliza más dos o más dependientes	\$192.56	\$212.73	\$232.91	\$255.60			

Kentucky

Área:		1
MAC	Titular de la póliza	\$37.45
	Titular de la póliza más un dependiente	\$74.59
	Titular de la póliza más dos o más dependientes	\$118.47

New Jersey

Área:		1
PPO (U&C)	Titular de la póliza	\$58.68
	Titular de la póliza más un dependiente	\$117.05
	Titular de la póliza más dos o más dependientes	\$186.42

New Hampshire & New Mexico

Área:		2	5	6
MAC	Titular de la póliza	\$41.87	\$55.50	\$61.04
	Titular de la póliza más un dependiente	\$83.75	\$110.99	\$122.09
	Titular de la póliza más dos o más dependientes	\$134.00	\$177.58	\$195.34

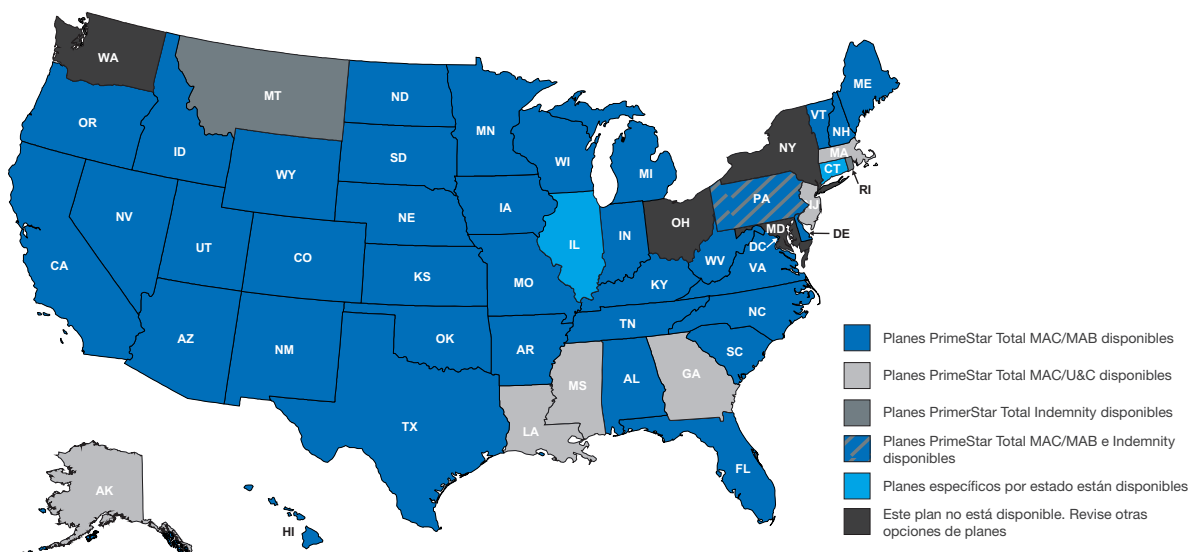
Florida

Área:		3	4	5
MAC	Titular de la póliza	\$44.18	\$48.40	\$53.09
	Titular de la póliza más un dependiente	\$88.05	\$96.49	\$105.87
	Titular de la póliza más dos o más dependientes	\$140.01	\$153.52	\$168.53

Massachusetts

Área:		6
PPO (U&C)	Titular de la póliza	\$90.58
	Titular de la póliza más un dependiente	\$181.16
	Titular de la póliza más dos o más dependientes	\$289.86

La prima mensual se garantiza por los primeros 12 meses iniciales de cobertura. Después de los 12 meses, las primas pueden aumentar.



En Pensilvania (PA) el plan MAC/MAB no está disponible en los condados Forest y Potter. El plan de Indemnización 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:
 - o alteración de la dimensión vertical;
 - o restaurar o mantener la oclusión; o
 - 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 (excepto en CA y KY).
- 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.

Limitaciones y exclusiones del plan de la audición

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

- 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.
- las revisiones realizadas antes de que el asegurado estuviera cubierto bajo esta sección.
- cualquier examen realizado después de que la cobertura del asegurado finalice conforme a esta sección.
- cualquier revisión auditiva requerida por un empleador como condición laboral, lo cual incluye, pero no se limita a cualquier programa obligatorio en el lugar de trabajo diseñados para satisfacer los programas OSHA (Administración de Salud y Seguridad Ocupacionales) para la conservación de la audición.
- tratamiento médico o quirúrgico de cualquier parte del oído, lo cual incluye, pero no se limita a implantes cocleares o tubos en oídos.
- 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 cualquier pérdida provocada de la audición o inducida por una lesión o enfermedad, como consecuencia o en el transcurso de cualquier empleo por un salario o ganancias, incluyendo la pérdida ocupacional de la audición.
- 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.
- cualquier procedimiento que no figure en el programa de servicios de audición.
- cualquier tratamiento cuyo propósito sea estético.
- dispositivos auditivos de asistencia que no figuren en el programa de servicios de audición, tales como teléfono amplificador, teléfono celular amplificador, dispositivo auditivo que absorbe la humedad, sistema electromagnético, etc.
- costos por servicios no proporcionados por un proveedor con licencia desempeñándose en los límites de su licencia. Tales como un audiólogo, especialista en dispositivos auditivos, otorrinolaringólogo u otólogo (doctor del oído).
- servicios los cuales no tengan relación con la pérdida neurosensorial o conductiva de la audición, tales como pérdida inorgánica de la audición o pérdida ocupacional de la audición.
- costos por un examen del oído realizado como parte o en transcurso de cualquier revisión de rutina que no sea auditiva.
- debido a una guerra o cualquier acto de guerra, declarada o no.



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