



• 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 de proveedores no está disponible en los estados de Montana (MT) o Rhode Island (RI)

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.

Detalles del plan	Primer día	Después del primer año
Máximo de beneficios Por persona, cada año de beneficios	\$750	
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	90%	100%
Básico (Tipo 2) Radiografías de aletas de mordida, aplicación de flúor (hasta 16 años), sellantes, mantenedores de espacio, rellenos	50%	80%
Mayores (Tipo 3)* Radiografías panorámicas, extracciones simples, cirugía bucal, canales radiculares (endodoncia), tratamiento a enfermedades de las encías (periodoncia), coronas, puentes, dentaduras postizas	0%	15%

* Procedimientos mayores: periodo de espera de 12 meses

En Florida, el plan Preventive Plus no está disponible y hay un periodo de 6 meses de espera para la cobertura de procedimientos mayores

En Nueva Jersey, los procedimientos mayores están cubiertos al 25% después del año 1

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	920, 934, 938-939, 942-947, 954-955	6
	922-925, 936-937, 952-953	4
	932-933, 959-961	5
	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

Estado	Código postal	Área
Minnesota	553-554	5
	El resto	4
Mississippi	Todos	1
Missouri	630-633, 640-641	3
	650-652, 656-658	2
	El resto	1
Montana	590-591, 598	4
	El resto	3
Nebraska	680-681, 685	2
	687	3
	El resto	1
Nevada	Todos	3
New Jersey	Todos	1
North Carolina	275-277, 280-282	4
	283-289	2
	El resto	3
North Dakota	580-581, 585	3
	El resto	2
Oklahoma	730-731	3
	740-741	2
	El resto	1
Oregon	Todos	5
Pennsylvania	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
Tennessee	370-372	3
	373-374, 377-381	2
	El resto	1
Texas	750-754, 762, 770, 773-775, 786-787	3
	El resto	2
Utah	Todos	2
West Virginia	254, 267	3
	El resto	1
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	\$17.34	\$19.19	\$21.04	\$23.12	\$25.43	\$27.98	\$30.75
	Titular de la póliza más un dependiente	\$34.68	\$38.38	\$42.08	\$46.24	\$50.86	\$55.95	\$61.50
	Titular de la póliza más dos o más dependientes	\$55.49	\$61.40	\$67.32	\$73.98	\$81.38	\$89.52	\$98.39
PPO (U&C)	Titular de la póliza	\$24.69	\$27.32	\$29.96	\$32.92	\$36.21	\$39.83	\$43.78
	Titular de la póliza más un dependiente	\$49.38	\$54.65	\$59.91	\$65.84	\$72.42	\$79.67	\$87.57
	Titular de la póliza más dos o más dependientes	\$79.01	\$87.43	\$95.86	\$105.34	\$115.87	\$127.46	\$140.10
Indemnity	Titular de la póliza	\$25.99	\$28.76	\$31.53	\$34.65			
	Titular de la póliza más un dependiente	\$51.98	\$57.52	\$63.06	\$69.30			
	Titular de la póliza más dos o más dependientes	\$83.16	\$92.03	\$100.90	\$110.88			

Kentucky

Área:		1
MAC	Titular de la póliza	\$16.47
	Titular de la póliza más un dependiente	\$32.95
	Titular de la póliza más dos o más dependientes	\$52.71

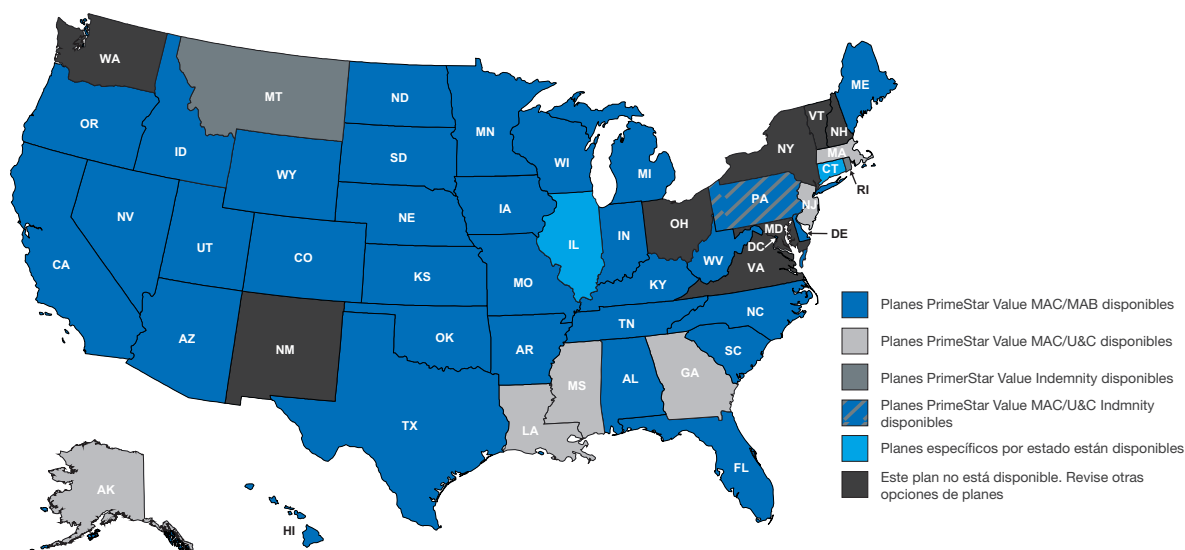
New Jersey

Área:		1
PPO (U&C)	Titular de la póliza	\$25.97
	Titular de la póliza más un dependiente	\$51.95
	Titular de la póliza más dos o más dependientes	\$83.12

Florida

Área:		3	4	5
MAC	Titular de la póliza	\$19.13	\$21.02	\$23.12
	Titular de la póliza más un dependiente	\$38.27	\$42.05	\$46.26
	Titular de la póliza más dos o más dependientes	\$61.22	\$67.28	\$74.01

La prima mensual se garantiza por los primeros 12 meses iniciales de cobertura. Después de los 23 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:
 - 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 (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.
- 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.



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

Para productores de seguros únicamente