

› Seguro Voluntario Dental



Más que una Bonita Sonrisa

El cuidado de sus dientes y boca es una parte importante de un estilo de vida saludable. Practicar la higiene dental como cepillarse, utilizar hilo dental y evitar los alimentos y las bebidas azucaradas es solo una parte de la salud oral. Visitar a un dentista de forma regular también es muy importante.

Como empleado activo de James L West Presbyterian Special Care Center, tiene acceso a una póliza de seguro dental de United of Omaha Life Insurance Company.

Tiene muchas razones para mantener sus dientes y encías sanas. El cuidado dental continuo le ayudará a mantener el mayor bienestar y salud oral, y general, posible.

En el siguiente cuadro se describen los beneficios y las pautas de cobertura.



PLAN BÁSICO

Con este plan dental, puede elegir los niveles de cobertura, ya sea el plan superior o el plan básico. El plan superior ofrece un alto nivel de cobertura (ej. para los servicios cubiertos, se encuentra disponible un porcentaje mayor de beneficio), con primas más costosas que el plan básico. El plan básico ofrece un nivel más bajo de la cobertura, con primas más asequibles que el plan superior. Tiene la flexibilidad para inscribirse en el plan que mejor satisface sus necesidades y las de sus dependientes de salud dental.

ELEGIBILIDAD - DENTAL-ALL ELIGIBLE EMPLOYEES LOW PLAN

Requisitos de Elegibilidad	Para ser elegible para la cobertura, debe trabajar activamente un mínimo de 30 horas por semana.
Requisitos de Elegibilidad de un Dependiente	Hijo(s) debe(n) cumplir con los requisitos de elegibilidad de la Póliza y ser menor de 26. Para que su cónyuge y / o hijos sean elegibles para la cobertura, usted debe elegir la cobertura para usted.
Pago de Prima	Usted paga en su totalidad las primas de este seguro.

PLAN DE AÑO DEDUCIBLES Y MÁXIMOS

DENTRO DE LA RED

FUERA DE LA RED

Tipo A	Exento	Exento
Deductible del Tipo B y C		
Individual	\$50	\$50
Grupo Familiar	3 Veces Individual	3 Veces Individual
Máximo Anual	\$1,000	\$1,000

Se pueden utilizar los mismos gastos para satisfacer los deducibles dentro y fuera de la red.

SERVICIOS CUBIERTOS	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Servicios de Tipo A <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes/Evaluaciones • Rayos X de Mordida • Rayos X de Boca completa, Panorámico • Tratamientos con Flúor • Limpieza/Profilaxis • Selladores • Mantenedores de Espacio • Full Mouth X-rays, Panoramic Film 	100%	100%
Servicios de Tipo B <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento Paliativo • Mantenimiento Periodontal • Biopsia por Cepillado/Detección de Cáncer • Aplicaciones para Hábitos Perjudiciales • Rellenos • Coronas de Acero Inoxidable • Extracciones Simples 	80%	80%

El plan cubre el porcentaje que se muestra luego de cumplir con el deducible, hasta el máximo. Se incluirá información adicional acerca de los beneficios y los servicios cubiertos de este plan en el cuadernillo del certificado, que recibirá después de inscribirse en esta cobertura. Póngase en contacto con su empleador o su administrador de beneficios si tiene alguna pregunta antes de inscribirse.

Este plan ofrece los mismos niveles de cobertura para los servicios tanto Dentro como Fuera de la Red. Sin embargo, debido a que los proveedores Dentro de la Red ofrecen sus servicios con tarifas predeterminadas, los gastos no cubiertos pueden ser menores para los miembros del plan cuando reciben servicios cubiertos de un proveedor Dentro de la Red.

El Descuento Máximo para los servicios fuera de la red se basa en el percentil 90 según lo determinado por Mutual of Omaha. No se consideran los cargos que excedan el descuento máximo (como se define en el cuadernillo del certificado) para cualquier servicio dental cubierto.

PREVENCIÓN EDGE®

Los Beneficios de los Servicios Tipo A enumerados anteriormente no se aplicarán al Máximo Anual de la persona asegurada.

LIMITACIONES

Se incluirá información acerca de las limitaciones y exclusiones de este plan en el cuadernillo del certificado, que recibirá después de inscribirse en esta cobertura. Póngase en contacto con su empleador o su administrador de beneficios si tiene alguna pregunta antes de inscribirse.

- Exámenes – 2 servicios en un período de 12 meses.
- Rayos X de Mordida – 4 placas en un período de 12 meses.
- Rayos X de Boca Completa o Placa Panorámica – 1 en un período de 36 meses.
- Flúor – Por hijo dependiente hasta la edad de 14. 2 servicios en un período de 12 meses.
- Aparato corrector de hábitos nocivos – Por hijo dependiente hasta la edad de 14.
- Limpieza – 2 servicios en un período de 12 meses.
- Sellantes – Para los hijos dependientes hasta la edad de 14; uno por diente premolar o molar permanente en cualquier período de 36 meses.
- Biopsia por Cepillado/Detección de Cáncer – 2 servicios en un período de 12 meses.
- Mantenedores de Espacio – Por hijo dependiente hasta la edad de 14, incluye reconstrucción y extracción.
- Calzas – Las calzas compuestos en los molares se limitan a la calzas de amalgama. Reemplazo una vez en un período de 12 meses.
- Corona de Acero Inoxidable – Por hijo dependiente hasta la edad de 16; una por diente de por vida. No para restauración temporal.
- Mantenimiento Periodontal – 2 servicios en un período de 12 meses, además de la limpieza de rutina. Siguiendo únicamente tratamiento periodontal activo.

SERVICIOS

Programa de Descuentos para la Audición El programa Descuentos para la Audición le ofrece a usted y su familia productos auditivos con descuentos, entre ellos audífonos y baterías. Comuníquese al 1-888-534-1747 o visite www.amplifonusa.com/mutualofomaha para obtener más información.

IMPORTE DE PRIMA E INSCRIPCIÓN A LA COBERTURA

Nivel de Cobertura	Importe de Prima (24 deducciones de nómina por año)
Empleado/Miembro	\$10.40
Empleado/Miembro + Cónyuge	\$21.84
Empleado/Miembro + Niño(s)	\$24.96
Empleado/Miembro + Grupo Familiar	\$37.96

Para inscribirse en la cobertura dental:

- 1) Con la siguiente tabla, identifique el nivel de cobertura al que desea inscribirse. Las opciones disponibles ofrecen cobertura para usted (el empleado) únicamente o para usted y su familia. El monto enumerado en la columna Importe de Prima es el costo por cheque de pago para cada nivel de cobertura.
- 2) Localice la sección Elección de Cobertura Dental Voluntario en su formulario de inscripción. Coloque o en el cuadro Sí junto al nivel de cobertura al que desea inscribirse, luego ingrese el Importe de prima para el nivel de cobertura seleccionado en la columna Importe de Prima (si el importe de prima no está disponible en el formulario).
- 3) Si se está escribiendo en la cobertura para sus dependientes, complete la sección Información de Dependientes del formulario de inscripción.

> Preguntas Frecuentes

¿Quién es elegible para este seguro?

Debe trabajar activamente (llevando a cabo todos los deberes normales de su trabajo) durante al menos 30 horas por semana.

¿Cuándo comienza mi cobertura?

Debe presentarnos la información completa de inscripción a través de su Administrador de Beneficios *antes* de la fecha de vigencia solicitada. La inscripción será aceptada dentro de los 31 días siguientes al día que se hace elegible, sin embargo, la fecha de vigencia será el primer día del mes siguiente.

¿Cuándo comienza la cobertura de mis dependientes?

Si se ofrece cobertura para dependientes, esta comenzará el mismo día de vigencia de su cobertura para los dependientes elegibles que inscribe en su solicitud de inscripción por escrito. Los dependientes añadidos en una fecha posterior serán asegurados según lo permitido por la Póliza.

Si me inscribo ahora ¿puedo cambiar o dejar mi cobertura en cualquier momento?

Su inscripción en esta cobertura es para una póliza de 12 meses. Durante esta Póliza de un Año, solo puede añadir o quitar dependientes, o terminar la cobertura dentro de los 31 días de la ocurrencia de un Suceso que Cambie su Vida calificativo (como se define en el Certificado). Estos sucesos incluyen el nacimiento de un hijo, una adopción pendiente, matrimonio, divorcio o pérdida de otra cobertura.

Esta información describe algunas de las características del plan de beneficios. Los beneficios pueden no estar disponibles en todos los estados. Consulte el cuadernillo del certificado para obtener una explicación completa de los beneficios, las exclusiones y las limitaciones del plan. Si hubiera alguna discrepancia entre el cuadernillo del certificado y esta descripción, prevalecerá el Cuadernillo del certificado. La disponibilidad de los beneficios está sujeta a la aceptación final y la aprobación de la solicitud de grupo por la compañía que financia esta cobertura. El seguro dental está respaldado por Mutual of Omaha Insurance Company o United of Omaha Life Insurance Company, 3300 Mutual of Omaha Plaza, Omaha, NE 68175, 1-800-769-7159. United of Omaha Insurance Company tiene licencia en todo el país, excepto en el número de formulario de la Póliza de New York: G2018MP o estado equivalente (en NC: G2018MP NC). La póliza o certificado de seguro que dan vigencia a la cobertura y los servicios descritos en este anuncio se proporciona en inglés únicamente. Toda la documentación de respaldo relacionada, los avisos y las comunicaciones también se proporcionarán en inglés únicamente. Recomendamos mantener acceso a un traductor. Sin embargo, las pólizas y el certificado de seguro están disponibles en español para los residentes de Puerto Rico, previa solicitud.

