

Beneficio Complementario

Comparación de Routine Dental y la Cláusula Adicional Platinum Dental

Cobertura adicional que le hará sonreír

Como miembro de UnitedHealthcare, es posible que usted tenga los beneficios de Routine Dental incluidos en el plan que elija. Por una prima mensual adicional, cambie su plan para obtener hasta \$1,500 para servicios dentales a través de la Cláusula Adicional Platinum Dental. Puede inscribirse en una cláusula adicional dental cuando se inscriba en su plan o en un plazo no mayor de 3 meses después de la fecha de vigencia de su plan. Si se inscribe en la cláusula adicional en el momento en que se inscribe en su plan, tendrá acceso a la cobertura de la cláusula adicional en la fecha de vigencia de su plan. Si espera para inscribirse en un plazo no mayor de 3 meses después de la fecha de vigencia de su plan, podrá comenzar a usar la cobertura de su cláusula adicional el primer día del mes después de comprar la cláusula adicional.

Llame a Servicio al Cliente al **1-800-555-5757** para obtener más información o díganos que le gustaría inscribirse en la cláusula adicional. Los miembros actuales deben llamar al número que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de ID de miembro. También puede inscribirse en la Cláusula Adicional Platinum Dental a través de la sección “Coverage & Benefits” (Cobertura y Beneficios) de su portal digital para miembros en **www.medicare.uhc.com**.

Con routine dental, usted recibe:

- Cobertura sin deducible.
- Hasta \$500.00 por año para servicios dentales cubiertos.
- \$0 de copago por exámenes, limpiezas, empastes dentales, coronas, puentes, conductos radiculares, dentaduras postizas, implantes y más dentro de la red.
- Acceso a la red dental más grande de Medicare Advantage.
- Posibilidad de consultar a cualquier dentista que usted elija. Si consulta a un dentista fuera de la red, es posible que el costo sea mayor.*

Por \$50 al mes (además de la prima que pague por su plan Medicare Advantage y su cobertura de la Parte B de Medicare), usted obtendrá acceso a una cobertura dental que incluye:

- Cobertura sin deducible.
- Hasta \$1,500 por año para servicios dentales cubiertos.
- \$0 de copago por exámenes, limpiezas, empastes dentales, coronas, puentes, conductos radiculares, dentaduras postizas, implantes y más dentro de la red.
- Acceso a la red dental más grande de Medicare Advantage, la red National Medicare Advantage Network de UHC Dental. La cobertura fuera de la red está disponible; sin embargo, si consulta a un dentista fuera de la red, es posible que el costo sea mayor.

Para buscar un dentista de la red en su área, visite www.UHCMedicareSolutions.com y haga clic en la sección “Search Dentists” (Buscar Dentistas) que se encuentra debajo de la pestaña “Shop For a Plan” (Compre un Plan). Cuando se le indique, elija National Medicare Advantage Network.

*\$0 de costo compartido por cuidado dental dentro de la red, por servicios especificados únicamente. Si su plan ofrece cobertura dental fuera de la red y usted consulta a un dentista fuera de la red, podrían facturarle más, incluso por los servicios que se indican con un copago de \$0.

Se pueden aplicar exclusiones:

1. Servicios prestados por un dentista fuera de la red si su plan no tiene cobertura fuera de la red.
2. Servicios dentales que no sean necesarios.
3. Hospitalización u otros cargos de un centro.
4. Todo procedimiento dental que se realice exclusivamente por razones cosméticas o estéticas.
5. Todo procedimiento dental que no esté directamente relacionado con una enfermedad dental.
6. Todo procedimiento que no se realice en un centro dental.
7. Cirugía reconstructiva de cualquier tipo, incluso la cirugía reconstructiva relacionada con una enfermedad, lesión o anomalía congénita dental.
8. Procedimientos que se consideren experimentales, de investigación o no comprobados. Esto incluye regímenes farmacológicos no aceptados por el Consejo de la American Dental Association en terapéutica dental. El hecho de que un servicio, tratamiento, dispositivo o régimen farmacológico experimental, de investigación o no comprobado sea el único tratamiento disponible para cierta condición no implica que tendrá cobertura si dicho procedimiento se considera experimental, de investigación o no comprobado para el tratamiento de esa condición en particular.
9. Servicios por lesiones o condiciones cubiertas por las leyes del Seguro de Accidentes Laborales o por responsabilidad civil del empleador, y servicios que se prestan sin costo a personas que tienen cobertura de parte de una municipalidad, un condado u otra subdivisión política. Esta exclusión NO se aplica a ningún servicio cubierto por Medicaid o por Medicare.
10. Gastos de procedimientos dentales que comenzaron antes de que las personas cubiertas cumplieran los requisitos de participación en el plan.
11. Servicios dentales prestados (incluso los servicios dentales cubiertos de otra manera) después de la fecha de cancelación de la póliza individual, incluidos los servicios dentales para condiciones dentales que hayan surgido antes de la fecha de cancelación de la póliza individual.
12. Servicios prestados por un proveedor con la misma residencia legal que la de la persona cubierta o que es familiar de la persona cubierta, como un cónyuge, hermanos, padres o hijos.
13. Cargos por faltar a una cita programada sin avisar al consultorio dental con 24 horas de anticipación, por impuesto sobre las ventas, o por duplicar o copiar los registros del paciente.
14. Blanqueo dental
15. Carillas dentales
16. Ortodoncia
17. Prueba de detección, examen y vacunas contra la COVID-19
18. Cargos alineados con la administración de casos dentales, la presentación de casos, la consulta con otros profesionales médicos o los servicios de traducción o de lenguaje de señas.
19. Mantenedor de espacio
20. Cualquier procedimiento no especificado según indique el informe (códigos dentales: D##99)



UnitedHealthcare Insurance Company paga regalías a AARP por el uso de su propiedad intelectual. Las regalías se utilizan para propósitos generales de AARP. AARP y sus compañías afiliadas no son compañías de seguros. No es necesario que sea miembro de AARP para inscribirse. AARP no hace recomendaciones de productos específicos en forma individual y le sugiere que evalúe sus necesidades a la hora de elegir productos.

La red de proveedores puede cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando esto ocurra.

Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen ninguna obligación de tratar a los miembros del plan, excepto en situaciones de emergencia. Para que decidamos si cubriremos o no un servicio fuera de la red, les sugerimos a usted o a su proveedor que, antes de que usted reciba el servicio, nos solicite una determinación de la organización previa al servicio. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluso el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.