

> Seguro 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 Pretech Corporation, 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.



ELEGIBILIDAD - ALL ELIGIBLE EMPLOYEES

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	El titular de la póliza y usted comparten las primas de este seguro. Las siguientes primas reflejan sus contribuciones al costo de este seguro.

AÑO CALENDARIO DEDUCIBLES Y MÁXIMOS	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Tipo A	Exento	Exento
Deducible del Tipo B y C		
Individual	\$50	\$50
Grupo Familiar	3 Veces Individual	3 Veces Individual
Máximo Anual	\$1,500	\$1,500
Máximo de Ortodoncia de por Vida	\$1,500	\$1,500

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	100%	100%
• Exámenes/Evaluaciones		
• Rayos X de Mordida		
• Otros Rayos X		

• Tratamientos con Flúor • Limpieza/Profilaxis • Selladores • Mantenedores de Espacio • Tratamiento Paliativo • Biopsia por Cepillado/Detección de Cáncer • Rayos X de Boca completa, Panorámico		
Servicios de Tipo B	90%	80%
• Rellenos • Coronas de Acero Inoxidable • Extracciones Simples • Cirugía Oral • Extracciones Quirúrgica • Anestesia General o Sedación Intravenosa		
Servicios de Tipo C	60%	50%
• Mantenimiento Periodontal • Endodoncia • Dentaduras Parciales o Totales Desmontables • Reparación de Dentaduras Parciales o Totales Desmontables • Ajustes, Acondicionamiento de Tejido, Relleno o Restauración de Dentaduras Parciales o Totales Desmontables • Prótesis Dental/Dentadura Fija • Reparación/Reconstrucción de Puentes • Para el reparto Coronas, Inlays, Onlays, Carillas Labiales • Reparación/Reconstrucción Para el reparto de Coronas/Inlays/Onlays/Carillas Labiales • Implantes • Periodoncia Quirúrgica • Periodoncia No Quirúrgica		
Ortodoncia Infantil	50%	50%
• Aplicaciones para Hábitos Perjudiciales		

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 diferentes niveles de cobertura para los servicios Dentro y Fuera de la Red. Al utilizar un proveedor Dentro de la Red, los miembros del plan ahorrarán más mediante el acuerdo de tarifas predeterminadas y una mejor cobertura de beneficios.

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.

DISPOSICIÓN DE TRANSFERENCIA DE BENEFICIO

La Disposición de Transferencia de Beneficio le permite a usted y a sus dependientes guardar el dinero de los beneficios dentales para cuando más los necesita. Por esta disposición, Mutual of Omaha transfiere una parte del máximo no utilizado de cada persona asegurada en un año calendario, aumentando el monto del máximo para cada persona asegurada al año siguiente (sujeto a determinadas condiciones). Los cálculos de transferencia se determinan en base a las disposiciones Dentro de la Red.

PERIODO DE INSCRIPCIÓN ABIERTA

El plan tiene un período anual de inscripción abierta. Cualquier beneficio que requiera un período de espera o subscripción tardía, es excluido durante este período.

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 – 1 servicio en un período de 6 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 60 meses.
- Flúor – Por hijo dependiente hasta la edad de 14. 1 servicio en un período de 6 meses.
- Aparato corrector de hábitos nocivos – Por hijo dependiente hasta la edad de 14.
- Limpieza – 1 servicio en un período de 6 meses.
- Sellantes: Para los hijos dependientes hasta la edad de 16; Se cubre un sellador por cada superficie de masticación de los primeros y segundos molares permanentes, siempre que el diente no tenga empastes existentes. El beneficio está limitado a una vez cada 36 meses por superficie.
- Biopsia por Cepillado/Detección de Cáncer – 2 servicios en un período de 12 meses.
- Mantenedores de Espacio – Por hijo dependiente hasta la edad de 16, incluye reconstrucción.
- Calzas – Las calzas compuestos en los molares se limitan a la calzas de amalgama. Reemplazo una vez en un período de 24 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 – 1 servicio en un período de 6 meses, además de la limpieza de rutina. Siguiendo únicamente tratamiento periodontal activo.
- Para el reparto Coronas, Incrustaciones, Recubrimientos, Carillas Labiales – reemplazo permitido una vez cada 5 años.
- Puentes – Reemplazo permitido una vez cada 5 años.
- Dentaduras – Reemplazo permitido una vez cada 5 años.
- Ortodoncia – Incluye procesamiento de casos, todos los aparatos/aplicaciones y un juego de retenedores (frenos). Se deben colocar aparatos de ortodoncia antes de que el hijo dependiente cumpla los 26 para que se paguen los beneficios de ortodoncia.

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 (26 deducciones de nómina por año)
Empleado/Miembro	\$7.38
Empleado/Miembro + Cónyuge	\$22.14
Empleado/Miembro + Niño(s)	\$40.79
Empleado/Miembro + Grupo Familiar	\$57.35

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 en su formulario de inscripción. Coloque √ o x 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.

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.

