



# Planes Dental Gen

4 planes<sup>1</sup> para personas mayores de 64 años

Beneficio de la audición<sup>2</sup> incluido con la opción de agregar beneficios de la vista<sup>3</sup>

## Índice

¿Por qué los Planes Dental Gen? 2	Beneficios de la vista opcionales 6
Dental Gen Saver y Plus 3	Exclusiones y limitaciones 7
Dental Gen Basic y Deluxe 4	Aviso de prácticas de privacidad 12
Programa de audición UnitedHealthcare incluido 5	

Golden Rule Insurance Company es el asegurador de estos planes.  
Este producto es administrado por Dental Benefit Providers, Inc.

Formularios de póliza GRI-DEN3-SR, -50 (AK), -01 (AL), -02 (AZ), -03 (AR), -04 (CA), -05 (CO), -06 (CT), -08 (DC), (DE), -09 (FL), -10 (GA), -51 (HI), -12 (IL), -13 (IN), -14 (IA), -15 (KS), -16 (KY), -17 (LA), -18 (ME), -19 (MD), -21 (MI), -22 (MN), -23 (MS), -24 (MO), -26 (NE), -27 (NV), -28 (NH), -29 (NJ), -30 (NM), -32 (NC), -33 (ND), -35 (OK), -36 (OR), -37 (PA), -38 (RI), -39 (SC), -40 (SD), -41 (TN), -42 (TX), -43 (UT), -44 (VT), -45 (VA), -47 (WV), -48 (WI), and -49 (WY); GRI-DEN3-SR-PBM, -11 (ID), -34 (OH), -46 (WA); GRI-DEN3-SR-PBM-I-46 (WA)

<sup>1</sup> Dental Gen Plus es el único plan disponible en AK, NJ, NV y WY.

<sup>2</sup> El beneficio de la audición no está disponible en WA.

<sup>3</sup> El beneficio de la vista opcional no está disponible en MN, RI ni WA.

Este es solo un resumen y su objetivo no es servir como una interpretación legal de los beneficios. Se hizo todo lo posible para que este resumen represente el propósito del lenguaje contractual. Sin embargo, dicha redacción es independiente y la versión en inglés de la póliza determinará todos los términos de la cobertura. Pueden aplicarse diferencias específicas en cada estado.

La versión en inglés de la póliza respectiva rige en todos los aspectos y prevalecerá en caso de que se presente cualquier disputa e inconsistencia, si la hubiera, con esta versión traducida. Las declaraciones de este documento no reflejan necesariamente el contenido de la póliza en inglés, debido a las posibles diferencias lingüísticas. Este folleto se proporciona para su conocimiento solamente y puede encontrar una versión en inglés en [www.uhone.com/about-us/legal/exclusions-limitations](http://www.uhone.com/about-us/legal/exclusions-limitations).

Este documento sólo puede utilizarse como enlace directo durante la cotización en el estado o los estados específicos en los que se proporciona. Aunque los documentos traducidos, incluida la solicitud y la póliza/certificado puedan aparecer en otros estados, es posible que no estén disponibles en dichos estados.



# Ayudando a mejorar su calidad de vida



Su salud y bienestar en general dependen en gran medida de su atención dental, auditiva y de la vista. Cuando sonríe más y puede oír y ver mejor, la vida es naturalmente más agradable. Nuestros planes Dental Gen pueden ayudarle a presupuestar para gastos dentales.



## PREVENTIVOS-BÁSICOS-MAYORES SIN PERIODOS DE ESPERA<sup>1</sup>

¡Nuestros planes Dental Gen le ofrecen cobertura sin períodos de espera para que pueda empezar a usarlos de inmediato! Esto significa que tiene cobertura inmediata para servicios de rutina como exámenes y limpiezas y reparaciones mayores como coronas y tratamientos de conducto.



## COBERTURA INCLUIDA AUDÍFONOS/EXÁMENES<sup>2</sup>

La pérdida de audición es un problema invisible que puede afectar su vida social, seguridad y bienestar general. Nuestros planes Dental Gen incluyen los beneficios de UnitedHealthcare Hearing. UnitedHealthcare Hearing cuenta con beneficios directos para exámenes de audición anuales y audífonos.



## OPCION DE AÑADIR EL BENEFICIO DE LA VISTA<sup>3</sup>

La salud de la vista y los exámenes de los ojos de rutina se han relacionado con la detección temprana de algunas afecciones médicas. Nuestros planes Dental Gen ofrecen cobertura opcional para sus exámenes anuales de la vista, además de cobertura para anteojos o lentes de contacto. La red de la vista incluye prácticas privadas y proveedores principales minoristas.

## El 96% de los adultos estadounidenses mayores de 65 años tuvieron una caries.

— [cdc.gov](https://www.cdc.gov) Centro para el Control de Enfermedades,  
Mayo 2018

## AHORROS EN LA RED

Obtenga acceso a una red nacional de más de 100,000 proveedores dentales<sup>4</sup> y reciba descuentos en la red sin la molestia de las negociaciones. Una atención dental adecuada puede ayudar a mantener bajo control problemas como la enfermedad de las encías y la caries dental, permitiéndole ahorrar dinero en facturas dentales futuras.

<sup>1</sup> En IL y CT, se aplica un período de espera de 6 meses para los servicios mayores.

<sup>2</sup> El beneficio de la audición no está disponible en WA.

<sup>3</sup> El beneficio de la vista no está disponible en MN, RI ni WA.

<sup>4</sup> [uhc.com](https://www.uhc.com)  
Beneficios de especialidad  
complementaria Dental 2018





## Gen Saver<sup>1,2</sup>

Diseñado para ofrecer cobertura inmediata<sup>4</sup> para servicios preventivos, básicos y mayores junto con un beneficio de la audición con nuestra prima más baja. La disponibilidad del plan varía por estado.

### Nuestra prima más baja

<b>Servicios de atención preventiva</b> (incluye limpieza y exámenes de rutina)	<b>La póliza paga el 60% desde el primer día</b> 70% después del primer año de póliza 80% después del segundo año de póliza
<b>Después del deducible:</b>	
<b>Servicios básicos</b> (incluye empastes y extracciones simples)	<b>La póliza paga el 50% desde el primer día</b> 65% después del primer año de póliza 80% después del segundo año de póliza
<b>Servicios mayores</b> (incluye coronas, tratamientos de conducto, cirugía bucal y puentes)	<b>La póliza paga el 10% desde el primer día<sup>4</sup></b> 40% después del primer año de póliza <sup>4</sup> 50% después del segundo año de póliza
<b>Monto de cobertura</b> (por año calendario)	<b>\$1,000 máximo anual</b>
<b>Deducible</b> (por año calendario, máximo familiar de 3 deducibles por tipo de servicio)	<b>\$100 por persona</b> (servicios básicos y mayores combinados)
<b>Característica más valiosa</b>	<b>Nuestra prima más baja</b> de los planes Dental Gen



## Gen Plus<sup>3,2</sup>

Este plan paga más por dentistas que no pertenecen a la red que los otros planes. Tampoco hay período de espera para servicios preventivos, básicos o mayores.<sup>4</sup>

### Use cualquier dentista

<b>Servicios de atención preventiva</b> (incluye limpieza y exámenes de rutina)	<b>La póliza paga el 60% desde el primer día</b> 70% después del primer año de póliza 80% después del segundo año de póliza
<b>Después del deducible:</b>	
<b>Servicios básicos</b> (incluye empastes y extracciones simples)	<b>La póliza paga el 50% desde el primer día</b> 65% después del primer año de póliza 80% después del segundo año de póliza
<b>Servicios mayores</b> (incluye coronas, tratamientos de conducto, cirugía bucal y puentes)	<b>La póliza paga el 10% desde el primer día<sup>4</sup></b> 40% después del primer año de póliza <sup>4</sup> 50% después del segundo año de póliza
<b>Monto de cobertura</b> (por año calendario)	<b>\$1,000 máximo anual</b>
<b>Deducible</b> (por año calendario, máximo familiar de 3 deducibles por tipo de servicio)	<b>\$100 por persona</b> (servicios básicos y mayores combinados)
<b>Característica más valiosa</b>	<b>Flexibilidad de red</b> de beneficios mayores fuera de la red

### Comparando fuera de la red frente a dentro de la red<sup>5</sup>

		Fuera de la red		Dentro de la red
		Gen Saver <sup>1,2</sup>	Gen Plus <sup>3,2</sup>	Ambos planes
<b>Limpieza de rutina</b>		<b>\$95.47</b>	<b>\$66.67</b>	<b>\$38.19</b>
<b>Empaste simple</b>	Cargos minoristas:	<b>\$181.14</b>	<b>\$152.64</b>	<b>\$90.57</b>
<b>Tratamiento de conducto molar</b>		<b>\$1,255.36</b>	<b>\$1,198.46</b>	<b>\$1,129.83</b>
	Usted paga:		<b>\$19.20</b>	<b>\$28.50</b>
			<b>\$512.10</b>	

<sup>1</sup> Paga beneficios de proveedores fuera de la red en base a la tarifa negociada dentro de la red. <sup>2</sup> Los dentistas fuera de la red pueden facturar a un paciente cualquier monto restante hasta el cargo facturado. <sup>3</sup> Paga beneficios de proveedores fuera de la red según el cargo razonable y acostumbrado. <sup>4</sup> En CT e IL, después de un período de espera de 6 meses, los Servicios mayores pagan el 50% y permanecen al 50% después del primer año. <sup>5</sup> Precio por el servicio en el código postal 752- usando la póliza del año uno y asumiendo que se ha alcanzado el deducible del plan. Los descuentos varían según el año de la póliza, el tipo de proveedor, el área geográfica y el tipo de servicio.



PREVENTIVOS-BÁSICOS-MAYORES  
**SIN PERIODOS DE ESPERA**



COBERTURA INCLUIDA  
**AUDÍFONOS/EXÁMENES**



OPCION DE AÑADIR EL  
**BENEFICIO DE LA VISTA**



## Gen Basic<sup>1</sup>

Empiece a usar su plan rápidamente con cobertura inmediata para servicios preventivos (100%) y servicios básicos (50%). Otro beneficio es el máximo anual más alto de \$1,500. La disponibilidad del plan varía por estado.



## Gen Deluxe<sup>1</sup>

Con nuestro máximo anual más alto de \$2,000, un deducible combinado más bajo, más cobertura para implantes dentales bajo los servicios mayores, este es nuestro plan más completo. La disponibilidad del plan varía por estado.

### Cobertura preventiva al 100%

**Servicios de atención preventiva**  
(incluye limpieza y exámenes de rutina)

**La póliza paga el 100% desde el primer día**

**Después del deducible:**

**Servicios básicos**

(incluye empastes y extracciones simples)

**La póliza paga el 50% desde el primer día**

65% después del primer año de póliza  
80% después del segundo año de póliza

**Servicios mayores**

(incluye coronas, tratamientos de conducto, cirugía bucal y puentes)

**La póliza paga el 10% desde el primer día<sup>2</sup>**

40% después del primer año de póliza<sup>2</sup>  
50% después del segundo año de póliza

**Monto de cobertura**

(por año calendario)

**\$1,500 máximo anual**

**Deducible**

(por año calendario, máximo familiar de 3 deducibles por tipo de servicio)

**\$100 por persona**

(servicios básicos y mayores combinados)

**Característica más valiosa**

**La póliza paga el 100%**  
por los servicios de atención preventiva y un máximo anual más alto

### Implantes dentales cubiertos

**Servicios de atención preventiva**  
(incluye limpieza y exámenes de rutina)

**La póliza paga el 100% desde el primer día**

**Después del deducible:**

**Servicios básicos**

(incluye empastes y extracciones simples)

**La póliza paga el 50% desde el primer día**

65% después del primer año de póliza  
80% después del segundo año de póliza

**Servicios mayores**

(incluye  implantes dentales, coronas, tratamientos de conducto, cirugía bucal y puentes)

**La póliza paga el 10% desde el primer día<sup>2</sup>**

40% después del primer año de póliza<sup>2</sup>  
50% después del segundo año de póliza

**Monto de cobertura**

(por año calendario)

**\$2,000 máximo anual**

**Deducible**

(por año calendario, máximo familiar de 3 deducibles por tipo de servicio)

**\$50 por persona**

(servicios básicos y mayores combinados)

**Característica más valiosa**

**Cobertura de implantes dentales**  
y máximo anual más alto

### Comparando fuera de la red frente a dentro de la red<sup>3</sup>

		Fuera de la red <sup>1</sup>	Dentro de la red
<b>Limpieza de rutina</b>		<b>\$95.47</b>	<b>\$0</b>
<b>Empaste simple</b>	Cargos minoristas:	<b>\$181.14</b>	<b>\$28.50</b>
<b>Tratamiento de conducto molar</b>		<b>\$1,255.36</b>	<b>\$512.10</b>

Usted paga:

<sup>1</sup> Paga beneficios de proveedores fuera de la red en base a la tarifa negociada dentro de la red. Los dentistas fuera de la red pueden facturar a un paciente cualquier monto restante hasta el cargo facturado. <sup>2</sup> En CT e IL, después de un período de espera de 6 meses, los Servicios mayores pagan el 50% y permanecen al 50% después del primer año. <sup>3</sup> Precio por el servicio en el código postal 752- usando la póliza del año uno y asumiendo que se ha alcanzado el deducible del plan. Los descuentos varían según el año de la póliza, el tipo de proveedor, el área geográfica y el tipo de servicio.



PREVENTIVOS-BÁSICOS-MAYORES  
**SIN PERIODOS DE ESPERA**



COBERTURA INCLUIDA  
**AUDÍFONOS/EXÁMENES**



OPCION DE AÑADIR EL  
**BENEFICIO DE LA VISTA**



## COBERTURA INCLUIDA AUDÍFONOS/EXÁMENES<sup>1</sup>

El costo del tratamiento a menudo puede ser una principal inquietud cuando alguien tiene pérdida de audición. UnitedHealthcare Hearing puede guiarle a través del proceso.

### UnitedHealthcare Hearing CARACTERÍSTICAS CLAVE

Más de 5,000 proveedores de audición en todo el país<sup>2</sup>

Exámenes de audición y evaluaciones de audífonos

Audífonos de marca y de etiqueta privada

Solicite audífonos en persona o mediante entrega a domicilio

### BENEFICIOS FIJOS LO QUE LA PÓLIZA PAGA

**Examen de audición**  
Una vez cada 12 meses **\$75 por un examen el primer día**

**Audífonos**  
Beneficio creciente cada año no utilizado

- \$100 día uno**
- \$300 después del primer año de la póliza**
- \$500 después del segundo año de la póliza**
- \$750 después del tercer año de la póliza**

**Beneficios limitados disponibles.** Esta cláusula adicional ofrece beneficios de acuerdo con un monto indicado, independientemente de los gastos incurridos. Administrado por UnitedHealthcare Hearing.



**“Aproximadamente 1 de cada 3 personas de entre 65 y 74 años tiene pérdida de audición”.**

— [nidcd.org](http://nidcd.org)  
NIDCD Pérdida de audición y adultos mayores, 2017

### Ejemplo de beneficio de audición

*Catalina tiene problemas para escuchar a sus amigos cuando se aventura al aire libre. Después de hacerse su examen de audición anual, descubre que necesita audífonos. Habiendo tenido su plan durante 3 años, recibe \$750 para el costo de los audífonos además de otro precio por usar un proveedor dentro de la red de UnitedHealthcare Hearing. Su beneficio auditivo empieza de nuevo en \$100 el próximo año.<sup>3</sup>*

Cada año, su póliza proporciona un beneficio para un examen de audición anual.<sup>2</sup>

¡También tiene un beneficio de audífonos disponible desde el primer día! El beneficio de audífonos aumenta cada año en que no se usa el beneficio, llegando a un beneficio máximo de \$750.

Llamando gratuitamente al 1-855-523-9355, TTY 711, UnitedHealthcare Hearing coordina la derivación para ver a un audiólogo para que usted no tenga que ver primero a su médico de atención primaria.

<sup>1</sup> 5 Ways Better Hearing Can Help Your Career, [audiologyinc.net](http://audiologyinc.net), octubre de 2017

<sup>2</sup> Datos internos de UnitedHealthcare 2019.

<sup>3</sup> Los exámenes de detección regulares son importantes [hearingofamerica.com](http://hearingofamerica.com), mayo de 2017



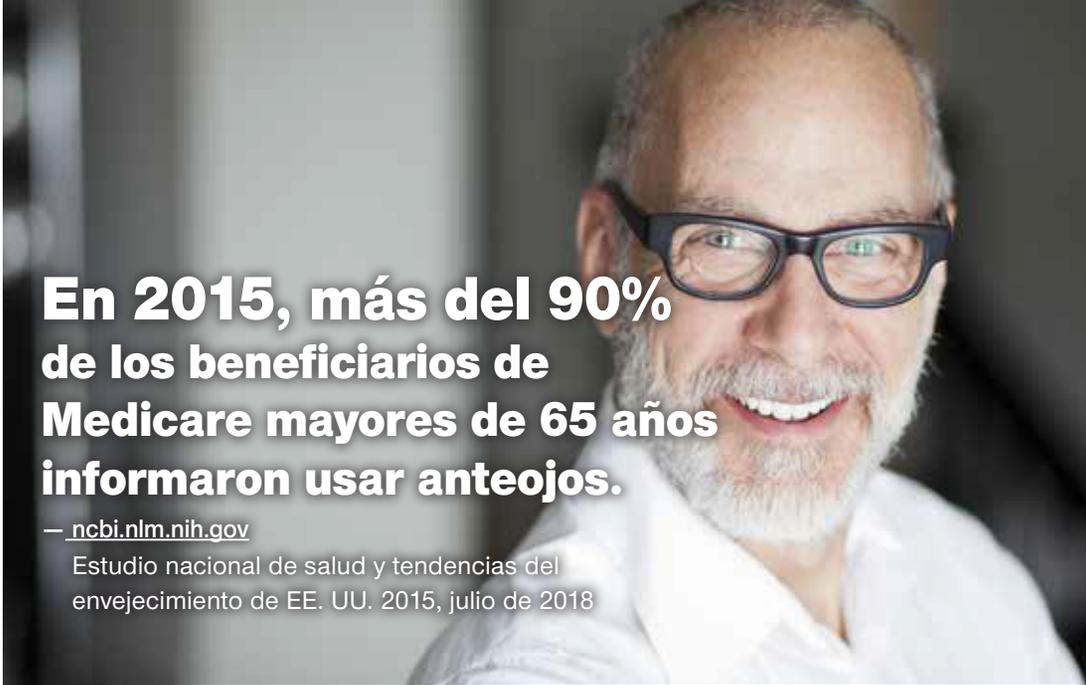


## OPCION DE AÑADIR EL BENEFICIO DE LA VISTA<sup>1</sup>

¡Usar sus beneficios es fácil! Una vez que su plan entre en vigencia, revise la información de sus beneficios. Encuentre un médico de la red que le sea adecuado para aprovechar al máximo su experiencia en el cuidado de los ojos.<sup>2</sup> Mencione que tiene cobertura para la vista de UnitedHealthcare con el respaldo de Spectera Eyecare Networks. **La cobertura empieza el primer día, no se necesita tarjeta de identificación ni formularios de reclamo a ser completados.**

### GASTOS CUBIERTOS LO QUE USTED PAGA

<b>Examen de la vista</b> Una vez cada 12 meses	Dentro de la red	\$10 de copago
	Fuera de la red	Cualquier cargo por encima de una asignación de \$50
<b>más anteojos o lentes de contacto:<sup>3</sup></b>		
<b>Monturas de gafas<sup>4</sup></b> Una vez cada 12 meses	Dentro de la red	Cualquier cargo por encima de una asignación de \$150
	Fuera de la red	Cualquier cargo por encima de una asignación de \$75
<b>Cristales para gafas</b> Un par cada 12 meses (de cualquier tipo) <sup>4</sup>	Dentro de la red	\$10 de copago
	Fuera de la red	Cualquier cargo por encima de: asignación de \$40 (Monofocal); asignación de \$60 (Bifocal); asignación de \$80 (Trifocal/Lenticular)
<b>Lentes de contacto</b> Una vez cada 12 meses	Dentro de la red	Lista de lentes de contacto de selección: Copago de \$0 Lentes de contacto de no selección <sup>5</sup> : Cualquier cargo por encima de una asignación de \$150
	Fuera de la red	Cualquier cargo por encima de una asignación de \$105



**En 2015, más del 90% de los beneficiarios de Medicare mayores de 65 años informaron usar anteojos.**

— [ncbi.nlm.nih.gov](http://ncbi.nlm.nih.gov)

Estudio nacional de salud y tendencias del envejecimiento de EE. UU. 2015, julio de 2018

### Ejemplo del beneficio de la vista opcional

*Tomás ve mucho valor en su plan de la vista. Cada 12 meses, puede recibir \$150 para un nuevo par de monturas y pagar solo un copago de \$10 por sus lentes utilizando la red de la vista. El próximo año, puede cambiar para obtener lentes de contacto sin copago utilizando la lista de lentes de contacto seleccionados a través de la red de la vista.*

*La red incluye prácticas privadas conjuntamente con las principales ubicaciones minoristas.*

#### Se incluyen los siguientes minoristas populares:

 Encuentre minoristas adicionales aquí.

<b>20/20 Vision Center</b>	<b>America's Best</b>	<b>Costco Optical</b>	<b>Eyeglass World</b>
<b>National Vision</b>	<b>Sam's Club</b>	<b>Visionworks</b>	<b>Walmart</b>

Se requiere una prima adicional para agregar el beneficio de la vista. No está disponible en todas las áreas. Los detalles y límites de cobertura se enumeran en la póliza.

<sup>1</sup> El beneficio de la vista no está disponible en MN, RI ni WA.

<sup>2</sup> Puede utilizar proveedores fuera de la red, pero es elegible para mejores descuentos si utiliza proveedores de la red.

<sup>3</sup> Seleccione anteojos (lentes y/o monturas) o lentes de contacto, no ambos.

<sup>4</sup> Consulte los detalles de la cobertura de monturas para anteojos y lentes en la página 11.

<sup>5</sup> Si elige lentes de contacto desechables, se incluyen hasta 6 cajas cuando se obtienen a través de un proveedor dentro de la red.

Administrado por Spectera, Inc. Formulario de la póliza SA-S-1882-GRI  
Las personas y los eventos aquí representados son ficticios y no representan casos reales.



# Otros detalles (todos los planes dentales)

**Esta es solo una descripción general de las disposiciones y exclusiones básicas de la póliza. Pueden aplicarse diferencias específicas de cada estado. No es un contrato de seguro ni forma parte de la póliza de seguro. Encontrará los detalles completos en la póliza.**

**Este folleto se puede utilizar en los siguientes estados:**

Alabama	Missouri
Alaska	Nebraska
Arizona	Nevada
Arkansas	New Hampshire
California	New Jersey
Colorado	New Mexico
Connecticut	North Carolina
Delaware	North Dakota
District of Columbia	Ohio
Florida	Oklahoma
Georgia	Oregon
Hawaii	Pennsylvania
Idaho	Rhode Island
Illinois	South Carolina
Indiana	South Dakota
Iowa	Tennessee
Kansas	Texas
Kentucky	Utah
Louisiana	Vermont
Maine	Virginia
Maryland	Washington
Michigan	West Virginia
Minnesota	Wisconsin
Mississippi	Wyoming

## Detalles básicos de la póliza

Pueden aplicarse diferencias específicas de cada estado. (Para CA, consulte 45587iCASP-G después del folleto para obtener detalles específicos del estado). Todos los servicios están sujetos a máximos anuales y pueden estar sujetos a deducible y coseguro.

### Todos los planes: Servicios preventivos

- Evaluaciones bucales: se limitan a 2 por año calendario.
- Limpiezas de rutina: se limitan a 2 por año calendario
- Radiografías (aletas de mordida): se limitan a 1 serie por año calendario.
- Radiografías (panorámica de boca completa): se limitan a 1 cada 36 meses

### Todos los planes: Servicios básicos

- Empastes: amalgama y compuesto (el compuesto se limita al diente anterior)
- Extracciones no quirúrgicas simples: se limitan a 1 por diente de por vida.
- Anestesia general: junto con cirugía bucal o extracción de 7 dientes o más
- Anestesia local.
- Tratamiento paliativo: solo si no se realizaron otros servicios que no sean exámenes ni radiografías en el mismo diente durante la visita.

### Todos los planes: Servicios mayores (según los límites de la póliza)

- Tratamientos de conducto: se limitan a 1 vez por diente de por vida
- Mantenimiento periodontal: se limitan a 2 por año calendario.
- Coronas: se limitan a 1 vez por diente cada 60 meses.
- Extracción quirúrgica de raíces o dientes erupcionados: se limita a 1 vez por diente de por vida.
- Dentaduras postizas completas: se limitan a 1 cada 60 meses.
- Puentes: se limitan a 1 vez por diente cada 60 meses.
- Reparaciones de coronas, dentaduras postizas y puentes.
- Inlays/onlays: límite de 1 por diente cada 60 meses.

### Planes Gen Deluxe únicamente: Implantes

Los implantes están cubiertos bajo servicios mayores y están sujetos al máximo anual: 1 vez por diente cada 60 meses.

### Año calendario frente a año de la póliza

Un año calendario se extiende de enero a diciembre y comienza nuevamente el 1 de enero del año siguiente. El monto máximo anual de cobertura y el deducible de cada plan se aplican durante el año calendario.

Un año de la póliza es el aniversario de la fecha de inicio de vigencia del plan. El aumento del coseguro se aplica al año de la póliza del plan.

### Cambio o declaración errónea de residencia (dirección)

Debe notificarnos dentro de los 60 días posteriores al cambio de residencia. Su prima basada en su nueva residencia comenzará en la primera fecha de vencimiento después del cambio. Si brinda datos erróneos acerca de su residencia en la solicitud o no nos notifica sobre un cambio de residencia, aplicaremos la prima correcta en la primera fecha de vencimiento en la que residió en esa dirección. Si el cambio genera una prima más baja, le reembolsaremos cualquier exceso; si genera una prima más alta, nos adeudará (no se aplica la declaración errónea en AL o VT).

### Elegibilidad

En el momento de la solicitud, el asegurado principal debe tener 64 años o más, mientras que un cónyuge (como lo define el estado) de cualquier edad es elegible. Los niños elegibles deben tener entre 0 a 25 años (apartados al cumplir 26 años) o según lo requiera el estado. En HI, un dependiente elegible incluye un beneficiario recíproco.



# Otros detalles (todos los planes dentales)

**Esta es solo una descripción general de las disposiciones y exclusiones básicas de la póliza. Pueden aplicarse diferencias específicas de cada estado. No es un contrato de seguro ni forma parte de la póliza de seguro. Encontrará los detalles completos en la póliza.**

**Este folleto se puede utilizar en los siguientes estados:**

Alabama	Missouri
Alaska	Nebraska
Arizona	Nevada
Arkansas	New Hampshire
California	New Jersey
Colorado	New Mexico
Connecticut	North Carolina
Delaware	North Dakota
District of Columbia	Ohio
Florida	Oklahoma
Georgia	Oregon
Hawaii	Pennsylvania
Idaho	Rhode Island
Illinois	South Carolina
Indiana	South Dakota
Iowa	Tennessee
Kansas	Texas
Kentucky	Utah
Louisiana	Vermont
Maine	Virginia
Maryland	Washington
Michigan	West Virginia
Minnesota	Wisconsin
Mississippi	Wyoming

## Declaración errónea de edad

Si brinda datos erróneos acerca de la edad de la persona cubierta en la solicitud de la cobertura en virtud de la póliza, es posible que cualquier prima futura se ajuste y las primas anteriores se reembolsen o nos adeude, o bien se ajusten los beneficios, según la edad correcta. Si proporciona datos erróneos sobre la edad de una persona cubierta y no hubiéramos emitido cobertura para esa persona cubierta, haremos el reembolso de la prima pagada, a la que le restaremos todo monto de beneficio pagado por nosotros, y la cobertura se anulará a partir de la fecha de entrada en vigor.

## Fuera de la red frente a dentro de la red

Es posible que pague más al usar proveedores fuera de la red. Los proveedores fuera de la red pueden facturarle cualquier monto hasta el cargo facturado después de que el plan haya pagado su porción.

Los proveedores de la red han acordado descuentos en los precios de los gastos cubiertos sin facturación adicional para usted, aparte de los montos de copago, coseguro y deducible.

## Prima

Se le notificará con al menos 31 días de anticipación (o más si así lo requiere su estado) sobre cualquier cambio en su prima. No haremos ninguna modificación en su prima únicamente por las reclamaciones de una persona que tenga cobertura en la póliza.

El tipo de personas cubiertas y el nivel de beneficios y el lugar de residencia en la fecha de vencimiento de la prima son algunos de los factores que pueden usarse para determinar las tarifas de su prima.

## Reembolso

Si los servicios dentales son causados por actos u omisiones de un tercero, tenemos derecho a ser reembolsados en la medida de los beneficios que paguemos por los servicios dentales (en MD, en la medida del pago, estaremos subrogados en todos los derechos de recuperación), como se describe en la póliza.

## Renovación y terminación

La póliza es renovable hasta la primera de las siguientes fechas:

- A la muerte del asegurado principal. Si la póliza incluye a los dependientes, puede continuar más allá del fallecimiento del asegurado principal:

- Por el/la cónyuge, si es una persona cubierta.
- De lo contrario, por el hijo menor que sea una persona cubierta.
- El impago de las primas a su vencimiento
- La fecha en que recibimos una solicitud de usted para rescindir la póliza.
- La fecha en que rechazamos renovar todas las pólizas emitidas en este formulario con el mismo tipo y nivel de beneficios en su estado de residencia.
- La fecha en que una persona cubierta incurra en fraude o en una tergiversación, o bien tenga conocimiento de ella.

## Exclusiones y limitaciones generales

No se pagarán beneficios por servicios no identificados o incluidos como gastos cubiertos bajo la póliza. Usted será totalmente responsable por el pago de los servicios que no sean gastos cubiertos.

**No se pagan beneficios por ningún servicio o tratamiento causado por, resultante de, para, que sea o se relacione con cualquiera de los siguientes:**

- Incurrido antes de la fecha de vigencia, durante el período de espera o después de la fecha de rescisión de la póliza.
- Que excede el reembolso del proveedor fuera de la red.
- Por un servicio dental que no se brinda o que no se presta dentro del alcance de la licencia del dentista.
- Por servicios dentales, incluidos aparatos de ortodoncia para cualquier afección médica o dental, cirugía y tratamiento para cirugía bucal, excepto según lo dispuesto expresamente en la póliza.
- Facturado por incisión y drenaje si el diente con absceso involucrado se extrae en la misma fecha de servicio.
- Cualquier servicio dental por el cual los beneficios sean pagaderos bajo una póliza médica emitida por nosotros.
- Los cargos por servicios dentales que no estén documentados en los registros del dentista, que no estén directamente asociados con enfermedades dentales o no se realicen en un entorno dental.
- Cargos del hospital u otras instalaciones y cargos relacionados con la anestesia, analgesia o sedación consciente.



# Otros detalles (todos los planes dentales)

**Esta es solo una descripción general de las disposiciones y exclusiones básicas de la póliza. Pueden aplicarse diferencias específicas de cada estado. No es un contrato de seguro ni forma parte de la póliza de seguro. Encontrará los detalles completos en la póliza.**

**Este folleto se puede utilizar en los siguientes estados:**

Alabama	Missouri
Alaska	Nebraska
Arizona	Nevada
Arkansas	New Hampshire
California	New Jersey
Colorado	New Mexico
Connecticut	North Carolina
Delaware	North Dakota
District of Columbia	Ohio
Florida	Oklahoma
Georgia	Oregon
Hawaii	Pennsylvania
Idaho	Rhode Island
Illinois	South Carolina
Indiana	South Dakota
Iowa	Tennessee
Kansas	Texas
Kentucky	Utah
Louisiana	Vermont
Maine	Virginia
Maryland	Washington
Michigan	West Virginia
Minnesota	Wisconsin
Mississippi	Wyoming

## **Exclusiones y limitaciones generales, continuación** No se pagan beneficios por ningún servicio o tratamiento causado por, resultante de, para, que sea o se relacione con cualquiera de los siguientes:

- Instrucciones de higiene bucal; control de placa; cargos por completar formularios de reclamaciones dentales; fotografías; todos los suministros dentales, incluidos, entre otros, fluoruro para llevar a casa; medicamentos con receta y de venta libre, a menos que se despachen y utilicen en el consultorio dental durante la visita al dentista de una persona cubierta; tarifas de esterilización; moldes de diagnóstico; tratamiento de halitosis y cualquier procedimiento relacionado; procedimientos de laboratorio.
- Eliminación de restauraciones funcionales sanas; coronas temporales y prótesis temporales; coronas provisionales y prótesis provisionales.
- Acupuntura, acupresión y otras formas de tratamiento alternativo.
- Consultas telefónicas o por no acudir a una cita programada.
- Injertos óseos, regeneración tisular guiada, materiales biológicos para ayudar en la regeneración de tejidos blandos y óseos cuando se realizan en edéntulos (áreas sin dientes, aumento de crestas o preservaciones).
- Cualquier servicio dental que resulte de intoxicación, según lo define la ley estatal aplicable en el estado donde ocurrió la pérdida, o bajo la influencia de narcóticos ilegales o sustancias controladas, a menos que sean administradas o recetadas por un médico.
- Tratamiento experimental o de investigación o por complicaciones derivadas (no aplica en VA).
- Cualquier servicio dental que resulte de o durante el transcurso de su empleo por salario o ganancia (CA, FL, NC; se aplica si es pagado por compensación al trabajador).
- Cualquier servicio dental que resulte de cualquier acto de guerra, participación en un motín, daño corporal intencionado autoinfligido o la comisión o el intento de cometer un delito.
- Prótesis maxilofacial y servicios relacionados; cirugía reconstructiva.

- Proporcionado de forma gratuita sin este seguro o proporcionado por un plan, programa, hospital u otro centro del gobierno, a menos que usted deba pagar de acuerdo a ley.
- Cualquier servicio dental proporcionado por un familiar o por alguien que habitualmente reside con una persona cubierta. (No se aplica en TX. No se aplica en SD si el miembro del hogar es el único proveedor dentro de un radio de 50 millas. Alguien que normalmente reside con una persona cubierta no se aplica en VA).
- Cualquier servicio dental recibido fuera de los Estados Unidos, excepto por una emergencia dental.
- Relacionado con cirugía de articulación temporomandibular, mandíbula superior e inferior (no aplica en MN ni NM) o cirugía ortognática (no se aplica en MN).
- Cualquier servicio dental relacionado con dientes que puedan restaurarse por otros medios; con propósitos de entablillado periodontal; para corregir abrasión, erosión, atrición, bruxismo, abfracción o para desensibilización; o dientes que no son periodontalmente sanos o que tienen un pronóstico cuestionable.
- Ortodoncia, frenillos, odontología cosmética y cualquier procedimiento relacionado.
- Implantes dentales y cualquier procedimiento relacionado, a menos que estén incluidos en su plan.
- Cirugía bucal, salvo que se establezca expresamente en la póliza.
- Consolidación de fracturas óseas faciales y cualquier tratamiento asociado con la dislocación del tejido duro esquelético facial.
- Tratamiento de neoplasias benignas, quistes u otra patología que involucre lesiones benignas, excepto extirpación por escisión; tratamiento de neoplasias malignas o defectos congénitos.
- Protectores bucales, aditamentos de precisión o semiprecisión, protectores oclusales, aparatos para bruxismo, dentaduras postizas duplicadas, aparatos para hábitos dañinos, reemplazo de aparatos perdidos o robados, o aparatos para trastornos del sueño.
- Proporcionado como resultado de un referido prohibido (solo MD).



# Otros detalles (todos los planes dentales)

**Esta es solo una descripción general de las disposiciones y exclusiones básicas de la póliza. Pueden aplicarse diferencias específicas de cada estado. No es un contrato de seguro ni forma parte de la póliza de seguro. Encontrará los detalles completos en la póliza.**

**Este folleto se puede utilizar en los siguientes estados:**

Alabama	Missouri
Alaska	Nebraska
Arizona	Nevada
Arkansas	New Hampshire
California	New Jersey
Colorado	New Mexico
Connecticut	North Carolina
Delaware	North Dakota
District of Columbia	Ohio
Florida	Oklahoma
Georgia	Oregon
Hawaii	Pennsylvania
Idaho	Rhode Island
Illinois	South Carolina
Indiana	South Dakota
Iowa	Tennessee
Kansas	Texas
Kentucky	Utah
Louisiana	Vermont
Maine	Virginia
Maryland	Washington
Michigan	West Virginia
Minnesota	Wisconsin
Mississippi	Wyoming

## Exclusiones y limitaciones generales, continuación

Para los servicios mayores, no se pagan beneficios por lo siguiente:

- Colocación inicial de dentaduras postizas o puentes completos o parciales y servicios relacionados, para reemplazar dientes naturales funcionales que:
  - falten congénitamente; o
  - se pierden antes de que entre en vigencia el seguro según la póliza.
- Reemplazo de dentaduras postizas, puentes, coronas, inlays, onlays o carillas totales o parciales que pueden repararse o restaurarse a su función natural.
- Reemplazo dentro de los 60 meses consecutivos de la última colocación para dentaduras postizas completas y parciales, coronas, puentes, inlays, onlays o carillas.
- Reemplazo de coronas, puentes, dentaduras postizas, aparatos protésicos fijos o removibles, implantes, coronas de implantes, prótesis de implantes y estructura de soporte de implantes insertada antes de la cobertura del plan, a menos que la persona cubierta haya estado asegurada bajo el plan durante 12 meses continuos.

- Reemplazo de dentaduras postizas completas, dentaduras postizas parciales fijas y removibles, coronas, implantes, coronas de implantes, prótesis de implantes y estructura de soporte de implantes si el daño o la rotura estaban directamente relacionados con un error del proveedor. Este tipo de reemplazo es responsabilidad del dentista. Si el reemplazo es necesario debido a su incumplimiento o al de sus dependientes, usted es responsable por el costo del reemplazo.
- Procedimientos de restauración prostodóntica fijos o removibles para una rehabilitación o reconstrucción bucal completa.
- Colocación de prótesis parciales fijas únicamente para lograr estabilidad periodontal.



# Detalles de la vista

## (beneficio opcional)

**Esta es solo una descripción general de las disposiciones y exclusiones básicas de la póliza. Pueden aplicarse diferencias específicas de cada estado. No es un contrato de seguro ni forma parte de la póliza de seguro. Encontrará los detalles completos en la póliza.**

**Este folleto se puede utilizar en los siguientes estados:**

Alabama	Mississippi
Alaska	Missouri
Arizona	Nebraska
Arkansas	Nevada
California	New Hampshire
Colorado	New Jersey
Connecticut	New Mexico
Delaware	North Carolina
District of Columbia	North Dakota
Florida	Ohio
Georgia	Oklahoma
Hawaii	Oregon
Idaho	Pennsylvania
Illinois	South Carolina
Indiana	South Dakota
Iowa	Tennessee
Kansas	Texas
Kentucky	Utah
Louisiana	Vermont
Maine	Virginia
Maryland	West Virginia
Michigan	Wisconsin
	Wyoming

## Trabajos del programa de la vista

Sus gastos de bolsillo, lo que deberá por los servicios de la vista, variarán dependiendo del tipo de proveedor que utilice:

- Para los proveedores de la vista dentro de la red: Después de su copago, acuerdan aceptar el pago del plan como reembolso total por los gastos cubiertos. Consulte nuestra lista de proveedores en línea. Ellos son categorizados de tres maneras:
  - Servicio completo: son contratados para proporcionar exámenes de la vista y accesorios para la vista recetados a tarifas con descuento.
  - Examen únicamente: son contratados para proporcionar exámenes ÚNICAMENTE a tarifas con descuento.
  - Dispensación únicamente: son contratados para dispensar accesorios para la vista recetados ÚNICAMENTE a tarifas con descuento.
- Para los proveedores de la vista fuera de la red: Debe pagar a los proveedores fuera de la red en su totalidad al momento del servicio. Luego, usted envía copias detalladas de los recibos y solicita el reembolso al departamento de reclamaciones de UnitedHealthcare Vision (administrado por Spectera, Inc.). Sus costos de bolsillo pueden ser más altos con un proveedor fuera de la red.

Tenga en cuenta que: Este programa de beneficios de la vista está diseñado para cubrir las necesidades de la vista en lugar de los extras cosméticos. Si esos son seleccionados, el plan pagará los costos de los lentes permitidos y usted será responsable del costo adicional de los extras cosméticos.

En New Jersey, si realiza una cesión de beneficios, el proveedor de la red es responsable de solicitarnos el pago mediante la presentación del formulario de reclamación estándar de New Jersey.

## Monturas y lentes para anteojos

Esta cláusula adicional incluye un beneficio para recibir monturas de anteojos y lentes O lentes de contacto cada 12 meses. El beneficio de las monturas de anteojos incluye su fijado y los ajustes posteriores para mantener la comodidad y la eficiencia. Los lentes para anteojos pueden incluir lentes monofocales, bifocales y trifocales/lenticulares. Es posible que se apliquen costos adicionales por otros tipos de lentes, materiales de lentes y opciones adicionales de lentes.

## Exclusiones y limitaciones del beneficio de la vista

No se pagan beneficios por los siguientes gastos de la vista:

- Capacitación en ortóptica o terapia visual y cualquier prueba complementaria asociada.
- Lentes Plano (un lente sin receta)
- Lentes de gran tamaño.
- Reemplazo de lentes y monturas de anteojos proporcionados bajo este plan que se pierdan o se rompan, excepto en los intervalos normales cuando los servicios están de otra manera disponibles.
- Tratamiento médico o quirúrgico de los ojos.
- Cualquier examen de la vista o accesorios para la vista correctivos que sean requeridos por un empleador como una condición del empleo (no se aplica en AK).
- Tratamiento correctivo de la vista de naturaleza experimental o investigativa (no aplica en AK).
- Procedimientos quirúrgicos correctivos como, entre otros, Queratotomía Radial (Radial Keratotomy, RK) y Queratectomía Fotorrefractiva (Photorefractive Keratectomy, PRK).
- Lentes de contacto electivos si se reciben lentes y monturas recetados para anteojos en cualquier período de 12 meses.
- Lentes y monturas para anteojos recetados si se reciben lentes de contacto electivos en cualquier período de 24 meses.
- Accesorios para la vista excepto por accesorios para la vista recetados.
- Cargos que exceden la cantidad permitida.
- Servicios o tratamientos que ya están excluidos en la sección de Exclusiones y limitaciones generales de la póliza.
- Extras de lentes opcionales que no figuran en su póliza.



## **AVISOS DEL PLAN DE SALUD SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD** **EL PRESENTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y** **CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. Léalo detenidamente.**

### **AVISO DE PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN MÉDICA (vigente a partir del 1 de enero de 2019)**

Nosotros (incluidas nuestras filiales mencionadas al final de este aviso) estamos obligados por ley a proteger la privacidad de su información médica. También estamos obligados a enviarle este aviso, que le explica cómo podemos usar su información y en qué casos podemos entregar o "divulgar" dicha información a otros. También tiene derechos relacionados con su información médica que se describen en este aviso. Por ley, estamos obligados cumplir con los términos de este aviso. Los términos "información" o "información médica" en este aviso incluyen cualquier información que mantengamos que razonablemente se pueda usar para identificarle y que se relacione con su salud física o mental, el suministro de atención médica o el pago de tal atención médica. Cumpliremos con las exigencias de las leyes de privacidad vigentes relacionadas con su aviso en caso de que ocurra una filtración de su información médica.

Tenemos derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso. Si hacemos un cambio material de nuestras prácticas de privacidad, le enviaremos, en nuestra próxima distribución anual, un aviso actualizado o información sobre el cambio material y cómo obtener el aviso actualizado. Le enviaremos esta información por correo directo o electrónicamente, según lo permita la ley vigente. En todos los casos, publicaremos el aviso revisado en nuestros sitios web, como [www.uhone.com](http://www.uhone.com), [www.myuhone.com](http://www.myuhone.com), [www.uhone4me.com](http://www.uhone4me.com), [www.myallsavers.com](http://www.myallsavers.com) o [www.myallsaversconnect.com](http://www.myallsaversconnect.com). Nos reservamos el derecho de hacer efectivo cualquier aviso revisado o cambiado respecto de la información que ya tenemos y de la que recibiremos en el futuro. Recopilamos y mantenemos información oral, escrita y electrónica para administrar nuestra empresa y proporcionar productos, servicios e información importante a nuestros clientes. Mantenemos salvaguardas físicas, electrónicas y de procedimiento en la manipulación y mantenimiento de la información de nuestros afiliados de acuerdo con los estándares federales y estatales vigentes, para protegerla de riesgos, como la pérdida, la destrucción o el uso indebido.

**Cómo usamos o compartimos la información.** Debemos usar y divulgar su información médica a fin de proporcionar información:

- A usted y cualquiera que tenga el derecho legal de decidir por usted (su representante personal) para administrar sus derechos como se describe en este aviso; y
- Al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) para asegurarnos de que su privacidad esté protegida.

**Nos reservamos el derecho de** usar y divulgar la información médica para su tratamiento, para pagar por su atención médica y para operar nuestra empresa. Por ejemplo, podemos usar o divulgar su información médica:

- **Para el pago** de primas que se nos deban, para determinar su cobertura y para procesar reclamaciones por servicios de salud que usted reciba, incluida la subrogación o coordinación de otros beneficios que usted pueda tener. Por ejemplo, le podemos informar al médico si es elegible para la cobertura y qué porcentaje de su factura se cubre.
- **Por motivos de tratamiento.** Podemos usar o divulgar información médica para ayudarle en su tratamiento o en la coordinación de su atención médica. Por ejemplo, podemos divulgar información a sus médicos u hospitales para ayudarles a brindarle atención médica a usted.

- **Para operaciones de atención médica.** Podemos usar o divulgar información médica según sea necesario para operar y supervisar nuestras actividades comerciales relacionadas con la provisión y manejo de su cobertura de atención médica. Por ejemplo, podríamos llevar a cabo u organizar revisiones médicas, servicios legales y funciones de auditoría, incluidos programas de detección de fraude y abuso o de cumplimiento. Además, podemos disociar información de salud de acuerdo con las leyes vigentes. Luego de disociar la información, esta ya no se encuentra sujeta a este aviso y podemos utilizarla para cualquier propósito legítimo.

- **Para proporcionar información sobre programas o productos relacionados con la salud,** tales como tratamientos y programas médicos alternativos, o sobre productos y servicios relacionados con la salud.

- **A los patrocinadores del plan.** Si obtiene su cobertura por medio de un plan de salud grupal del empleador, podemos compartir el resumen de la información médica y la información de inscripción o cancelación de la asociación con el patrocinador del plan. Además, podemos divulgar información médica con el patrocinador del plan para la administración del plan, si el patrocinador del plan está de acuerdo con las restricciones especiales para el uso y la divulgación de la información de acuerdo con la ley federal.

- **Para propósitos de suscripción.** Podemos usar o divulgar su información médica para propósitos de suscripción; sin embargo, no usaremos ni divulgaremos su información genética para dichos propósitos.

- **Para recordatorios.** Podemos utilizar o divulgar la información médica para contactarlo a fin de recordarle sus citas con los proveedores de atención médica.

**En circunstancias particulares,** podemos usar o divulgar su información médica con los siguientes fines:

- **Según sea requerido por ley.** Podemos divulgar información cuando sea requerido por ley.
- **A las personas involucradas en su atención.** Podemos usar o divulgar su información médica a una persona involucrada con su atención, como un miembro de la familia, cuando usted sufre una incapacidad o en una emergencia, o cuando usted acepta o no se opone cuando se le da la oportunidad de hacerlo. Si usted no está disponible o no puede presentar oposición, usaremos nuestro mejor juicio para decidir si la divulgación es para su beneficio. Se aplican ciertas reglas especiales sobre cuándo podemos divulgar información médica a familiares y otras personas involucradas en la atención de una persona fallecida. Podemos divulgar información médica a todas las personas involucradas, antes de su muerte, en la atención o el pago por la atención de una persona fallecida; a menos que este hecho se contradiga con la preferencia expresada anteriormente por el fallecido.
- **Para actividades de salud pública,** como informar brotes de enfermedades a una autoridad de salud pública.
- **Para reportar víctimas de abuso, abandono o violencia doméstica** a autoridades gubernamentales, incluida una agencia de servicio social o de protección.
- **Para actividades de supervisión sanitaria,** tales como la concesión de licencias, auditorías gubernamentales e investigaciones de fraude y abuso.
- **Para procedimientos judiciales o administrativos,** por ejemplo, en respuesta a una orden judicial, orden de cateo o citación.
- **Con fines de imposición del cumplimiento de la ley,** tales como proporcionar información limitada para localizar a una persona desaparecida o denunciar un delito.
- **Para evitar una amenaza grave para la salud o seguridad** al, por ejemplo, divulgar información a las agencias de salud pública o autoridades legales, o en caso de una emergencia o desastre natural.

- **Para funciones especializadas del gobierno**, tales como actividades de militares y veteranos, actividades de seguridad e inteligencia nacionales, y los servicios de protección del presidente y otros.
- **Para la compensación del trabajador**, incluidas las divulgaciones requeridas por las leyes estatales de compensación del trabajador que rigen las lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- **Con fines de investigación**, tales como las investigaciones relacionadas con la prevención de enfermedades o discapacidades, si el estudio de investigación cumple con todos los requisitos de la ley sobre privacidad.
- **Para proveer información relacionada con personas fallecidas**. Podemos divulgar información a un médico forense o inspector médico para identificar a un difunto, determinar la causa de muerte o según lo que autorice la ley. También podemos divulgar información a los directivos de las funerarias según sea necesario para que puedan llevar a cabo sus tareas.
- **Con fines de obtención de órganos**. Podemos usar o divulgar información a las entidades que se encargan de la obtención, almacenamiento o trasplante de órganos, ojos o piel para facilitar la donación y el trasplante.
- **Para las instituciones penitenciarias u oficiales de aplicación de la ley** si usted es un interno de una institución penitenciaria o está bajo la custodia de un funcionario del orden público, pero solo si fuera necesario (1) para que la institución provea atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad, o la salud y seguridad de otros; o (3) para la seguridad de la institución penitenciaria.
- **Para asociados comerciales** que desempeñan funciones en nuestro nombre o nos proveen servicios si la información fuera necesaria para esas funciones o servicios. Se exige que nuestros asociados comerciales, en virtud de un contrato con nosotros y de conformidad con la ley federal, protejan la privacidad de su información, y no se les permite usar o divulgar ninguna información que no esté especificada en nuestro contrato y según lo permita la ley federal.
- **Restricciones adicionales sobre el uso y la divulgación**. Ciertas leyes federales y estatales pueden requerir protecciones de la privacidad especiales que restringen el uso y la divulgación de cierta información médica, incluida la información altamente confidencial sobre usted. Dichas leyes pueden proteger los siguientes tipos de información: Abuso de alcohol y sustancias, información biométrica, abuso o negligencia de niños o adultos, incluidos abuso sexual, enfermedades contagiosas, información genética, VIH/SIDA, salud mental, información de menores, recetas, salud reproductiva y enfermedades de transmisión sexual. Si se prohíbe el uso o la divulgación de la información médica descrita anteriormente en este aviso, o es sustancialmente limitada por otras leyes que se apliquen, nuestra intención es cumplir con los requisitos de la ley más rigurosa. Excepto para los usos y divulgaciones que se describen y limitan según lo establecido en este aviso, usaremos y divulgaremos su información médica solo con su autorización por escrito. Esto incluye, excepto en circunstancias limitadas permitidas por la ley federal de privacidad, no usar ni divulgar sus notas de psicoterapia, vender su información médica a terceros, o usar o divulgar su información médica para ciertas comunicaciones promocionales que constituyan comunicaciones publicitarias prohibidas conforme a la ley federal, sin su autorización por escrito. Una vez que nos autoriza a divulgar su información médica, no podemos garantizar que la persona que reciba dicha información no la divulgue. Puede retirar o revocar su autorización por escrito, a menos que ya hayamos

actuado en función de su autorización. Para revocar una autorización, llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación del plan de salud.

**Cuáles son sus derechos.** A continuación se describen sus derechos con respecto a su información médica.

- **Tiene derecho a pedir el uso o divulgación restringidos** de su información para operaciones de tratamiento, pago o atención médica. También tiene derecho a pedir que se restrinjan las divulgaciones a sus familiares o a otros que participan en su atención médica o en el pago de dicha atención. También tenemos políticas sobre el acceso de dependientes que pueden autorizar determinadas restricciones. **Comprenda que si bien tratamos de complacer su petición y permitimos peticiones acordes a nuestras políticas, no tenemos la obligación de aceptar ninguna restricción.**
- **Tiene derecho de pedir que se le envíen comunicaciones** de información confidencial de una forma diferente o a un lugar diferente (por ejemplo, enviarle información a una casilla de correo [PO Box], en lugar de a su casa). Complaceremos sus peticiones razonables cuando la divulgación de toda o parte de su información médica, de alguna manera, pueda ponerle en peligro. En algunos casos, aceptaremos solicitudes verbales de recibir comunicaciones confidenciales; sin embargo, podemos solicitarle que confirme su solicitud por escrito. Además, cualquier solicitud para modificar o cancelar una solicitud de comunicación confidencial previa debe hacerse por escrito. Envíe su solicitud por correo a la dirección que aparece más abajo.
- **Tiene derecho de ver y obtener una copia** de la información médica que poseemos acerca de usted, como reclamaciones e informes de caso o registros de manejo médico. Si mantenemos su información médica en formato electrónico, tendrá derecho de solicitar que le enviemos una copia de su información médica en dicho formato. También puede solicitar que le entreguemos una copia de su información a un tercero que identifique. En algunos casos, puede recibir un resumen de su información médica. Debe presentar una solicitud por escrito para inspeccionar y copiar su información médica o enviarla a un tercero. Envíe su solicitud por correo a la dirección que aparece más abajo. En ciertas circunstancias limitadas, podemos negarnos a aceptar su petición de inspección y copia de su información médica. Si denegamos su solicitud, puede pedir que se revise la denegación. Podemos cobrar un cargo razonable por las copias.
- **Tiene derecho a pedir que se modifique la información** que mantenemos sobre usted, como reclamaciones e informes de caso o registros de manejo médico, si cree que la información médica sobre usted es errónea o está incompleta. Debe solicitar por escrito y dar las razones para la modificación solicitada. Envíe su solicitud por correo a la dirección que aparece más abajo. Si rechazamos su solicitud, puede agregar una declaración de su desacuerdo a su información médica.
- **Tiene derecho a recibir un resumen** de ciertas divulgaciones de su información que realizamos durante el período de seis años anteriores a su solicitud. Esta rendición de cuentas no incluirá las divulgaciones de información: (i) con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica; (ii) hechas a usted o con su autorización; y (iii) a instituciones correccionales o funcionarios del orden público; y (iv) otras divulgaciones sobre las cuales la ley federal no nos obliga a proporcionar una rendición de cuentas.

• **Tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso.** Puede pedir una copia de este aviso en cualquier momento. Aun si ha acordado recibir este aviso electrónicamente, todavía tiene derecho a una copia impresa de este aviso. Además, puede obtener una copia de este aviso en nuestros sitios web como [www.uhone.com](http://www.uhone.com), [www.myuhone.com](http://www.myuhone.com), [www.uhone4me.com](http://www.uhone4me.com), [www.myallsavers.com](http://www.myallsavers.com) o [www.myallsaversconnect.com](http://www.myallsaversconnect.com).

• **Tiene derecho a ser considerado una persona protegida.** (Solo en Nuevo México)  
*Una "persona protegida" es una víctima de abuso doméstico que también es: (i) un solicitante de seguro con nosotros; (ii) una persona que está o puede estar cubierta por nuestro seguro; o (iii) alguien que tiene una reclamación de beneficios en virtud de nuestro seguro.*

### Ejercer sus derechos

• **Cómo comunicarse con su plan de salud.** Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o desea ejercer cualquiera de sus derechos, puede comunicarse con un representante del centro de llamadas de Servicio al Cliente de UnitedHealthOne. Los miembros de Golden Rule pueden llamarnos al 800-657-8205 (TTY 711). Los miembros de All Savers pueden llamarnos al 1-800-291-2634 (TTY 711).

• **Presentar una queja.** Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja a la dirección mencionada a continuación.

• **Cómo presentar una solicitud por escrito.** Envíenos por correo una solicitud por escrito para ejercer algún derecho, incluso para modificar o cancelar una comunicación confidencial, para obtener copias de sus registros o para solicitar que se les realicen enmiendas a estos, a la siguiente dirección:

• Oficina de Privacidad, 7440 Woodland Drive, Indianápolis, IN 46278-1719

• **También puede presentar su queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services).** No tomaremos ninguna medida en su contra si presenta una queja.

**Aviso sobre la Ley de Informes de Crédito Justos.** En algunos casos, es posible que le solicitemos a una agencia de informes de crédito del consumidor que compile un informe del consumidor, incluido un informe de investigación del consumidor, sobre usted. Si solicitamos un informe de investigación del consumidor, le notificaremos de inmediato el nombre y la dirección de la agencia que proporcionará el informe. Puede solicitar por escrito que lo entrevisten como parte de la investigación. La agencia puede conservar una copia del informe. La agencia puede divulgarlo a otras personas según lo permitido por la Ley Federal de Informes de Crédito Justos (Federal Fair Credit Reporting Act).

Podemos divulgar información únicamente sobre nuestras transacciones o experiencias con usted a nuestras filiales.

**MIB.** Junto con nuestra membresía en MIB, Inc., anteriormente conocida como Medical Information Bureau (MIB), nosotros o nuestras reaseguradoras podemos hacer un informe de su información personal a MIB. MIB es una organización sin fines de lucro de compañías de seguros de vida y salud que opera un intercambio de información en nombre de sus miembros. Si presenta una solicitud o reclamación de beneficios a otra compañía miembro de MIB para una cobertura de seguro de vida o de salud, MIB, a solicitud, le proporcionará a dicha compañía información sobre usted que tenga en su archivo.

Si cuestiona la exactitud de la información en el archivo de MIB, puede solicitar una corrección de acuerdo con los procedimientos establecidos en la Ley Federal de Informes de Crédito Justos. Comuníquese con MIB a: MIB, Inc., 50 Braintree Hill Park Ste. 400, Braintree, MA 02184-8734, 1-866-692-6901, [www.mib.com](http://www.mib.com).

### AVISO DE PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA (vigente a partir del 1 de enero de 2019)

Nosotros (incluidas nuestras filiales enumeradas al final de este aviso) nos comprometemos a mantener la confidencialidad de su información financiera personal. A los fines de este aviso, "información personal financiera" significa toda información, que no sea de índole médica, sobre un asegurado o un solicitante de cobertura de atención médica que identifica al individuo, no está generalmente a disposición del público y se compila para esa persona en particular o se obtiene en relación con la provisión de cobertura de atención médica a esa persona.

**Información que recopilamos.** Según el producto o servicio que haya adquirido de nosotros, es posible que recopilemos información financiera personal acerca de usted de las siguientes fuentes:

- Información que recibimos en su solicitud o en otros formularios, como nombre, dirección, edad, información médica y número del seguro social;
- Información sobre sus transacciones con nosotros, nuestras filiales u otros, como pago de prima e historial de reclamaciones; e
- Información de una agencia de informes del consumidor.

**Divulgación de información.** No divulgamos información financiera personal acerca de nuestros asegurados ni de personas que hayan estado aseguradas a ningún tercero, excepto cuando la ley lo exija o lo permita. Por ejemplo, en el curso de nuestras prácticas comerciales generales, podemos, hasta donde lo permita la ley, divulgar cualquier información financiera personal que obtengamos de usted, sin su autorización, a los siguientes tipos de instituciones:

- A nuestras filiales corporativas, que incluyen proveedores de servicios financieros, como otras compañías de seguro y compañías no financieras; por ejemplo, las procesadoras de información;
- A las compañías no afiliadas para nuestros propósitos comerciales cotidianos, como procesar sus transacciones, mantener su(s) cuenta(s) o responder a las citaciones judiciales y a las investigaciones legales; y
- A las compañías no afiliadas que realizan servicios para nosotros, que incluyen el envío de comunicaciones promocionales en nuestro nombre.

**Restringimos el acceso a su información** financiera personal a empleados, filiales y proveedores de servicios que participan en la administración de su cobertura de atención médica o le proporcionan servicios. Mantenemos todos los controles de seguridad física, electrónica y procesal que cumplen con los estándares federales para proteger su información financiera personal.

**Confidencialidad y seguridad.** Mantenemos salvaguardas físicas, electrónicas y de procedimiento de acuerdo con los estándares federales vigentes para proteger su información financiera personal de riesgos como la pérdida, la destrucción o el uso indebido. Estas medidas incluyen salvaguardas informáticas, archivos y edificios asegurados y restricciones sobre las personas que podrían tener acceso a su información financiera personal.

**Preguntas sobre este aviso.** Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, puede comunicarse con un representante del centro de llamadas de Servicio al Cliente de UnitedHealthOne. Los miembros de Golden Rule pueden llamarnos al 1-800-657-8205 (TTY 711). Los miembros de All Savers pueden llamarnos al 1-800-291-2634 (TTY 711). El Aviso de prácticas de privacidad, vigente a partir del 1 de enero de 2019, se proporciona en nombre de All Savers Insurance Company; All Savers Life Insurance Company of California; Golden Rule Insurance Company; Oxford Health Insurance, Inc.; UnitedHealthcare Insurance Company y UnitedHealthcare Life Insurance Company. Para obtener una autorización para divulgar su información personal a un tercero, visite el sitio web correspondiente que figura en este Aviso.



### **Afecciones previas a la cobertura (aplicable con o sin el recibo condicional)**

Sujeto a las limitaciones que se muestran a continuación, el seguro entrará en vigencia si se cumplen las siguientes condiciones:

1. La solicitud es completa en su totalidad y es incondicionalmente aceptada y aprobada por Golden Rule Insurance Company.
2. La primera prima completa, de acuerdo con el modo de pago elegido de la prima, fue pagada en la fecha de entrada en vigencia o antes, y cualquier cheque es honrado en la primera presentación para el pago.
3. La póliza es: (a) emitida por Golden Rule Insurance Company exactamente como se solicitó dentro de los 45 días a partir de la fecha de solicitud; (b) entregada al asegurado propuesto; y (c) aceptada por el asegurado propuesto.

El no incluir toda la información médica importante o la información correcta con respecto al consumo de tabaco de cualquier solicitante puede hacer que la Compañía rechace un reclamo futuro y anule su cobertura como si nunca hubiera estado en vigencia. Después de que haya completado la solicitud y antes de firmarla, vuelva a leerla con atención. Asegúrese de que toda la información se haya registrado correctamente.

Conserve este documento. Contiene información importante.

