



# DentalWise Max

## Planes de servicios dentales, servicios para la vista y servicios para la audición para personas y familias

GOLDEN RULE INSURANCE COMPANY ES LA ASEGURADORA DE ESTAS PÓLIZAS. LOS BENEFICIOS SON ADMINISTRADOS DE LA SIGUIENTE MANERA: BENEFICIOS DENTALES - DENTAL BENEFIT PROVIDERS, INC., BENEFICIOS PARA LA VISTA - SPECTERA, INC. Y BENEFICIOS PARA LA AUDICIÓN - UNITEDHEALTHCARE HEARING.

Formularios de las Pólizas: DEN-CH-GRI y otras variaciones entre estados

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.

**UnitedHealthcare**<sup>®</sup>  
Golden Rule Insurance Co.

# Índice

¿Por qué elegir la cobertura DVH?	3
Opciones y red del plan dental	4
Beneficios y red del plan de servicios para la vista	6
Beneficios y acceso al plan de servicios para la audición	8
Exclusiones y limitaciones	10
Disposiciones de los planes	13
Diferencias entre estados	14
Aviso de privacidad y otros avisos	21



# Aspectos destacados del plan dental, de servicios para la vista y de servicios para la audición (DVH)

Toda la cobertura de su salud bucal, ocular y auditiva reunida en un plan conveniente con primas para presupuestos ajustados.



### Use los beneficios dentales ahora mismo; la mayoría de los servicios no tienen períodos de espera

Nuestros planes de DentalWise® Max le ofrecen cobertura sin períodos de espera en la mayoría de los servicios preventivos, básicos y mayores; por lo tanto, ¡puede empezar a usarlos ahora mismo! Esto quiere decir que usted tiene cobertura inmediata para servicios de rutina como exámenes y limpiezas, y reparaciones mayores como coronas y conductos radiculares.



### Exámenes oculares y anteojos sin período de espera

La salud visual y los exámenes oculares de rutina no solo son importantes para ver mejor, sino que está demostrado que contribuyen a la detección temprana de ciertas médicas - lo que le ayudará a vigilar su salud en general. Nuestros planes de DentalWise Max ofrecen cobertura para sus exámenes anuales de la vista, sin períodos de espera, y cobertura para anteojos y lentes de contacto. La red de servicios para la vista incluye proveedores de práctica privada y los principales proveedores minoristas.



### Ayuda con los aparatos auditivos, incluso, de venta sin receta

La pérdida de audición es un problema invisible que puede afectar su vida social, seguridad y bienestar general. Nuestros planes de DentalWise Max ofrecen beneficios que se prestan a través de los proveedores de UnitedHealthcare Hearing, que ofrece beneficios directos para exámenes anuales de la audición y cobertura de aparatos auditivos y también incluye aparatos auditivos de venta sin receta (over-the-counter, OTC), cuando usa un proveedor de la red.



### ¿Por qué un seguro dental, para la vista y para la audición?

Cuidar su salud va más allá de los exámenes médicos regulares. La salud dental, visual y auditiva es igual de importante para su bienestar general. Contar con un plan complementario como DentalWise Max puede proporcionar la cobertura adicional que le ayudará a proteger su salud general y presupuesto.

### Ayuda a mejorar su calidad de vida

Su salud y bienestar general dependen en gran medida de su cuidado dental, de la vista y de la audición. Cuando usted sonrío más, y puede oír y ver mejor, la vida es, naturalmente, más placentera. Elegir un plan de DentalWise Max puede ayudarle a mejorar su calidad de vida y a sentirse bien con usted mismo.

## Opciones de planes dentales

Nuestras opciones de planes le permiten elegir un plan que equilibre de la mejor manera su prima y los gastos de su bolsillo con el uso de beneficios previsto, dándole la libertad de elegir lo que mejor funcione en su caso. Y, sin importar cuál plan dental elija, este incluye beneficios para la vista y la audición (ver las páginas 6 a 9 para obtener información detallada).

<b>Disponibilidad de los planes de DentalWise Max</b> Todos los beneficios son por persona asegurada y por cada año de la póliza, <sup>1</sup> salvo que se indique lo contrario		<b>Plan 1000<sup>2</sup></b>	<b>Plan 2000<sup>2</sup></b>	<b>Plan 3000<sup>2</sup></b>
<b>Período de Espera para Servicios Dentales</b>		Ninguno	Ninguno, excepto solamente para el beneficio de implantes	Ninguno, excepto solamente para el beneficio de implantes
<b>Deducible por Beneficios Dentales</b> (por persona asegurada y por cada año de la póliza)	<b>Usted paga:</b>	\$100	\$100	\$100
<b>Máximo para Beneficios Dentales</b> (por persona asegurada y por cada año de la póliza)	<b>Pagamos hasta:</b>	\$1,000	\$2,000	\$3,000
<b>Servicios Preventivos<sup>3</sup></b> (incluye exámenes y radiografías)				
Incluye 2 exámenes de rutina y limpiezas por cada año de la póliza	<b>Pagamos:</b>	100% (sin deducible)	100% (sin deducible)	100% (sin deducible)
<b>Servicios Básicos<sup>3</sup></b> (incluyen empastes simples)				
<b>Primer Año de la Póliza</b>	<b>Pagamos:</b>	60% después del deducible	60% después del deducible	60% después del deducible
<b>Segundo Año de la Póliza en Adelante</b>	<b>Pagamos:</b>	80% después del deducible	80% después del deducible	80% después del deducible
<b>Servicios Mayores<sup>3</sup></b> (incluye puentes, coronas, dentaduras postizas, extracciones, parciales, conductos radiculares)				
<b>Primer Año de la Póliza</b>	<b>Pagamos:</b>	15% después del deducible	15% después del deducible	15% después del deducible
<b>Segundo Año de la Póliza en Adelante</b>	<b>Pagamos:</b>	50% después del deducible	50% después del deducible	50% después del deducible
<b>Implantes</b> (período de espera de 12 meses) Beneficio máximo de por vida para implantes \$1,500 <sup>4</sup>	<b>Pagamos:</b>	Sin cobertura	50% después del deducible	50% después del deducible

**Pueden aplicarse diferencias específicas en cada estado. (Consulte las diferencias entre estados para obtener información detallada.)**

<sup>1</sup> Año de la Póliza se refiere a cada período de 12 meses consecutivos a partir de la fecha de vigencia. <sup>2</sup> En el caso de los gastos dentales cubiertos, los beneficios para proveedores que no pertenecen a la red se determinan según el código postal. Pueden basarse en la tarifa negociada en la red o en los cargos razonables y habituales (los beneficios razonables y habituales se identifican con la palabra "Plus" junto al nombre del plan). Los dentistas que no pertenecen a la red pueden facturarle a un paciente por cualquier cantidad restante hasta el cargo facturado. <sup>3</sup> Se pueden aplicar limitaciones y exclusiones según el tipo de servicio. <sup>4</sup> El Beneficio Máximo de por Vida para Implantes es independiente de, y no está sujeto a, el Máximo para Beneficios Dentales.

## Red de beneficios dentales



### Beneficios dentales y cómo funcionan

Los beneficios dentales son administrados por Dental Benefit Providers, Inc. Cubriremos los servicios dentales con sujeción a los términos, condiciones, exclusiones y limitaciones de la póliza. Todos los servicios están sujetos al Máximo para Beneficios Dentales y al coseguro correspondiente. Todos los servicios, excepto los preventivos, están sujetos al deducible. Pueden aplicarse diferencias específicas en cada estado. (Consulte las diferencias entre estados para obtener información detallada.)

### Servicios de proveedores de la red

Puede consultar a cualquier dentista que desee, en cualquier lugar del país. Cuando elige un dentista que hace parte de la gran red nacional, National Options PPO 30, puede acceder a descuentos en la red sin la molestia de las negociaciones. Ingrese a [yourdentalplan.com/dentistsearch](https://yourdentalplan.com/dentistsearch) para buscar un proveedor y preséntele al dentista su tarjeta de ID de servicios dentales. Le pagaremos al proveedor el beneficio cubierto y el proveedor le facturará el resto.



**No hay que llenar formularios de reclamos cuando obtiene servicios de un proveedor de la red.**

### Servicios de proveedores que no pertenecen a la red

El proveedor que no pertenece a la red puede presentarnos el reclamo directamente. El proveedor puede facturarle luego cualquier cantidad restante adeudada hasta el cargo facturado. Si un proveedor no desea presentarnos el reclamo, usted deberá pagar el valor total al momento del servicio. Luego puede enviar el reclamo para el reembolso ingresando en [myuhc.com](https://myuhc.com) y llenando el formulario de reclamos por servicios dentales.

## Beneficios de los planes para la vista

Estos beneficios de servicios para la vista están incluidos en su plan de DentalWise Max, independientemente del plan dental que elija.

### Beneficios de Servicios para la Vista (por persona asegurada, una vez por cada año de la póliza<sup>1</sup>)

#### Período de Espera para Servicios para la Vista

Ninguno

	Red <sup>2</sup>	Fuera de la red
<b>Examen de la Vista</b>	Usted paga \$0 Pagamos el 100%	Pagamos hasta \$50 de asignación
<b>Lentes Estándar<sup>3</sup> y Marcos<sup>4</sup></b>	Lentes monofocales	Usted paga \$10 de copago Pagamos el 100% después del copago
	Lentes bifocales con línea	Usted paga \$10 de copago Pagamos el 100% después del copago
	Lentes trifocales con línea	Usted paga \$10 de copago Pagamos el 100% después del copago
	Marcos	Pagamos hasta \$150 de asignación
<b>Lentes de Contacto</b> Hasta 12 meses de suministro	Usted paga \$10 de copago Pagamos hasta \$150 de asignación	Pagamos hasta \$105 de asignación

### ¿Qué es una asignación?

Una asignación es una cantidad por pagar, una sola vez por cada año de la póliza, hasta la cantidad máxima, por un determinado beneficio por servicios o materiales. Por ejemplo, si compra marcos nuevos a un **proveedor de la red** por \$100, según los beneficios indicados anteriormente, pagaríamos \$100 porque este precio es inferior a la cantidad permitida. Si sus marcos nuevos se compraran a un **proveedor que no pertenece a la red**, sólo pagaríamos \$75 y usted tendría que pagar los \$25 restantes.

### Pueden aplicarse diferencias específicas en cada estado. (Consulte las diferencias entre estados para obtener información detallada.)

<sup>1</sup> Año de la Póliza se refiere a cada período de 12 meses consecutivos a partir de la fecha de vigencia. <sup>2</sup> Usted puede utilizar servicios fuera de la red, pero tiene descuentos si usa proveedores de la red. Ingrese a myuhcvision.com para ver la lista de proveedores. <sup>3</sup> Los lentes estándar incluyen lentes monofocales, bifocales con línea y trifocales con línea o lenticulares, incluso con revestimiento estándar resistente a rayaduras en lentes elegibles según las indicaciones de un proveedor de servicios para la vista. <sup>4</sup> Los marcos estándar incluyen marcos para anteojos, su adaptación y ajustes posteriores para mantener la comodidad y la eficacia.

## Red de beneficios de servicios para la vista



### Beneficios para la vista y cómo funcionan

Los beneficios para la vista son administrados por Spectera, Inc. Cubriremos los servicios para la vista con sujeción a los términos, condiciones, exclusiones y limitaciones de la póliza, la Cláusula Adicional de Beneficios para la Vista SA-S-2097-CH-GRI, y otras variaciones entre estados. (Consulte las diferencias entre estados para obtener información detallada.)

### Servicios de proveedores de la red

Estos planes usan la red de UnitedHealthcare Vision. \* Usted recibirá el máximo valor de su cobertura cuando consulte a un proveedor de esta gran red nacional de oculistas, optometristas y oftalmólogos, incluidos tanto médicos locales como proveedores minoristas reconocidos. Elija proveedores de la red en [myuhcvision.com](https://myuhcvision.com). Comuníquese con el proveedor, identifíquese como miembro de UnitedHealthcare Vision y proporcione su nombre y fecha de nacimiento para comenzar.



**No necesita una tarjeta de ID ni hay que llenar formularios de reclamos cuando obtiene servicios de un proveedor de la red.**

### Servicios de proveedores que no pertenecen a la red

Usted deberá pagar el valor total al momento del servicio. Luego puede presentarnos la información detallada para el reembolso de los beneficios cubiertos. Consulte la Cláusula Adicional de servicios para la vista de la póliza para obtener información detallada.

\* No todos los proveedores participan en todos los planes. Verifique con su proveedor antes de usar sus beneficios.

## Beneficios de los planes para la audición

Estos beneficios de servicios para la audición, a través de los proveedores de la red UnitedHealthcare Hearing, están incluidos en su plan de DentalWise Max, independientemente del plan dental que elija.

### Beneficios de Servicios para la Audición por persona asegurada

#### Período de Espera para Servicios para la Audición

Ninguno

#### Examen de Audición<sup>1</sup>

Cobertura para examen de la audición de rutina una vez por cada año de la póliza<sup>2</sup>

Pagamos el 100%

#### Aparato(s) Auditivo(s)<sup>1</sup>

Una vez cada 2 años de la póliza para aparatos auditivos recetados o de venta sin receta (OTC). Los aparatos auditivos de venta con receta incluyen una cita de ajuste con un proveedor de la red.

Pagamos hasta \$750 de asignación

**Pueden aplicarse diferencias específicas en cada estado. (Consulte las diferencias entre estados para obtener información detallada.)**

<sup>1</sup> Los beneficios son por persona y no por cada oído. Los beneficios para la audición están disponibles solo para gastos cubiertos que se generen o se compren sin receta en un proveedor de la red de UnitedHealthcare Hearing. <sup>2</sup> Año de la Póliza se refiere a cada período de 12 meses consecutivos a partir de la fecha de vigencia.

## Acceso a beneficios para la audición



### Beneficios para la audición y cómo funcionan

Los beneficios para la audición son administrados por UnitedHealthcare Hearing. Cubriremos los servicios para la audición con sujeción a los términos, condiciones, exclusiones y limitaciones de la póliza, la Cláusula Adicional de Beneficios para la Audición SA-S-2099-CH-GRI y otras variaciones entre estados. (Consulte las diferencias entre estados para obtener información detallada.)

### Los beneficios para la audición se prestan solamente a través de los proveedores de la red de UnitedHealthcare

Puede iniciar el proceso comunicándose con UnitedHealthcare Hearing al **1-844-571-4958** o ingresando a **uhchearing.com/gric**. Aquí podrá encontrar más información sobre el cuidado de la audición y opciones de aparatos auditivos, buscar un proveedor dentro de la red y solicitar una cita para una prueba de audición sin costo. Un proveedor de servicios para la audición le prestará su colaboración para seleccionar y adquirir aparatos auditivos de venta con receta que se adapten a sus necesidades y estilo de vida. Además, tendrá acceso al apoyo de seguimiento de su proveedor.

Los aparatos auditivos de venta sin receta\* también están cubiertos cuando se compran por Internet a través de UnitedHealthcare Hearing. No se requiere una prueba de audición para aparatos auditivos de venta sin receta y el apoyo de seguimiento puede variar. Explore nuestra selección de aparatos auditivos de venta sin receta aprobados por audiólogos visitando **uhchearing.com/gric**.

**Si compra a través de UnitedHealthcare Hearing, no tiene que presentar reclamos. Usted paga cualquier excedente de la asignación de beneficios para la audición o frecuencia indicados en la póliza.**

\* Los aparatos auditivos de venta sin receta están destinados a personas mayores de 18 años con pérdida auditiva autodiagnosticada de leve a moderada. Si tiene preguntas sobre su grado de pérdida auditiva, se recomienda que se reúna con un proveedor autorizado de servicios para la audición.

# Exclusiones y limitaciones

## (planes de seguro)

Este es solo un resumen general de las exclusiones. No es un contrato de seguro, ni una parte de la póliza de seguro. La póliza contiene información completa de la cobertura. Pueden aplicarse algunas excepciones en cada estado (consulte las diferencias entre estados). La compra de este plan no está supeditada a la compra o tenencia de una cobertura de seguro de salud individual o grupal.

### Exclusiones y limitaciones de servicios dentales

#### Exclusiones y limitaciones generales

No se pagarán beneficios por ningún servicio o tratamiento cuyos cargos incurridos no estén identificados e incluidos como gastos cubiertos en la póliza. Usted tendrá que pagar en su totalidad los servicios cuyos cargos incurridos no sean gastos cubiertos conforme a la póliza.

**Aplica para TODOS los planes:** la póliza no paga beneficios por servicios o tratamientos causados por, resultado de, para, que sean o estén relacionados con alguno de los siguientes:

- Tarifas o sobrecargos que un proveedor cobre a la persona asegurada, pero que en realidad el proveedor tenga la responsabilidad de pagar
- Proporcionados antes de la fecha de vigencia o después de la fecha de finalización de la póliza
- Gastos que excedan las limitaciones de frecuencia o los beneficios máximos señalados en la póliza
- Gastos cubiertos que superen el reembolso por un proveedor que no pertenece a la red, tal como se indica en la póliza
- Un servicio que no se preste o que no se preste dentro del ámbito de la licencia del proveedor
- Consultas telefónicas o incumplimiento de citas programadas
- Un servicio que se reciba como consecuencia de que la persona asegurada se encontraba en estado de embriaguez, según la definición de las leyes estatales aplicables del estado en que ocurrió el siniestro, o bajo los efectos de narcóticos ilegales o sustancias controladas, a no ser que sean administradas o recetadas por un médico, o porque tomó voluntariamente un medicamento de venta sin receta, a no ser que lo haya hecho de acuerdo con la dosis recomendada por el fabricante
- Tratamientos experimentales o de investigación o complicaciones derivadas de estos
- Gastos que se deriven de o se produzcan durante un empleo a cambio de un salario o remuneración, si la persona asegurada está asegurada, o debe estar asegurada, por un seguro de accidentes laborales de acuerdo con la ley estatal o federal aplicable
- En caso de daño corporal autoinfligido intencionalmente
- Todo acto de guerra declarada o no declarada
- Participación de la persona asegurada en disturbios
- Cuando la persona asegurada comete o intenta cometer un delito
- Servicios prestados por un plan, programa, hospital u otro centro del gobierno, a menos que la persona asegurada deba pagarlos por ley y sean un gasto cubierto, o servicios que una institución educativa deba proporcionar conforme a la ley
- Servicios que se presten sin costo a una persona asegurada en ausencia de un seguro que cubra el cargo
- Servicios que preste un familiar inmediato o una persona que resida habitualmente con una persona asegurada
- Servicios recibidos fuera de los Estados Unidos, excepto en caso de emergencia dental
- Cirugía relacionada con la articulación temporomandibular (TMJ), cirugía del maxilar superior e inferior o cirugía ortognática
- Dientes que se pueden restaurar por otros medios; con fines de ferulización periodontal; para corregir la abrasión, la erosión, el desgaste, el bruxismo, la abfracción o para desensibilizarlos; o dientes sin encías sanas o que tienen un pronóstico cuestionable
- Procedimientos realizados con fines estéticos
- Protectores bucales, aditamentos de precisión o semiprecisión, prótesis dentales duplicadas, aparatos para hábitos nocivos, protectores oclusales, reemplazo de aparatos perdidos o robados, férulas de tratamiento, aparatos para bruxismo o aparatos para trastornos del sueño
- Instrucciones de higiene bucal, control de la placa, cargos por llenar formularios de reclamos de servicios dentales, fotografías, suministros dentales, incluidos, entre otros, fluoruro para llevar a casa, tarifas de esterilización, moldes de diagnóstico, tratamiento de la halitosis y cualquier procedimiento relacionado o procedimientos de laboratorio
- Medicamentos que se obtienen con o sin receta, a menos que se surtan y usen en el consultorio dental durante la visita de la persona cubierta
- Prótesis maxilofaciales y servicios relacionados

# Exclusiones y limitaciones continuación

## (planes de seguro)

Este es solo un resumen general de las exclusiones. No es un contrato de seguro, ni una parte de la póliza de seguro. La póliza contiene información completa de la cobertura. Pueden aplicarse algunas excepciones en cada estado (consulte las diferencias entre estados). La compra de este plan no está supeditada a la compra o tenencia de una cobertura de seguro de salud individual o grupal.

### Exclusiones y limitaciones de servicios dentales (continúa)

- Cargos de hospital u otro centro y cargos de anestesia relacionados
- Cargos por servicios dentales que no están documentados en los registros del dentista, que no están directamente asociados con la enfermedad dental o que no se realizan en un centro dental
- Si se presentan dos o más servicios dentales y estos se consideran parte del mismo servicio dental, pagaremos el servicio dental más completo
- Si se prestan dos o más servicios dentales en el mismo día y éstos se consideran excluyentes entre sí (cuando un servicio dental contradice la necesidad del otro), pagaremos el servicio dental que represente el tratamiento final
- Reemplazo de prótesis extraíbles totales o parciales, puentes, coronas, incrustaciones inlay u onlay o carillas que se puedan reparar o restaurar a su función natural
- Facturas de incisiones y drenaje si el diente con absceso se extrae en la misma fecha del servicio
- Cirugía reconstructiva cuando el principal propósito es mejorar el funcionamiento fisiológico de la parte del cuerpo afectada
- Cambio de la dimensión vertical, restauración de la oclusión, análisis de la mordida o malformación congénita
- Reducción de fracturas óseas faciales y cualquier tratamiento relacionado con la dislocación del tejido duro esquelético facial
- Tratamiento de neoplasias, quistes u otras patologías benignas, salvo la escisión
- Tratamiento de neoplasias malignas o anomalías congénitas del tejido blando o duro, incluida la escisión
- Extracción de restauraciones funcionales sanas, coronas y prótesis provisionales, coronas y prótesis provisionales
- Alteración de la dimensión vertical o restauración o mantenimiento de la oclusión
- Sedación consciente no intravenosa, analgesia, ansiólisis, inhalación de óxido nitroso y sedación consciente
- Acupuntura; acupresión y otras formas de tratamiento alternativo
- Injertos óseos, regeneración tisular guiada, materiales biológicos para la regeneración de los tejidos blandos y óseos cuando se realizan en zonas desdentadas, aumento o preservaciones alveolares
- Extracción quirúrgica de muelas del juicio

En el caso del plan 1000 y 1000 Plus, la póliza no paga beneficios por implantes dentales ni los procedimientos relacionados

En el caso de los planes que cubren Servicios Mayores, la póliza no paga beneficios por servicios o tratamientos causados por, resultado de, para, que sean o estén relacionados con alguno de los siguientes:

- Reemplazo en los 60 meses consecutivos siguientes a su última colocación de dentaduras postizas completas y parciales, coronas, puentes, incrustaciones inlay y onlay y carillas. Esta exclusión no se aplica si el reemplazo es necesario debido a la extracción de un diente natural funcional, o si una corona, puente o dentadura postiza actual es temporal y se instala una corona, puente o dentadura postiza permanente en los 12 meses siguientes a la fecha de instalación del servicio temporal.
- Reemplazo de dentaduras postizas completas, dentaduras postizas parciales fijas o extraíbles o coronas, implantes, coronas de implantes, prótesis de implantes y estructuras de soporte de implantes si el daño o rotura estuvo directamente relacionado con un error del proveedor. Este tipo de reemplazo es responsabilidad del dentista. Si el reemplazo es necesario debido a que la persona asegurada no siguió las indicaciones, el costo del reemplazo es responsabilidad de la persona asegurada.
- Procedimientos de restauración de prótesis fijas o extraíbles para rehabilitación o reconstrucción bucal completa
- Colocación de dentaduras postizas parciales fijas exclusivamente con el fin de lograr la estabilidad periodontal
- Colocación inicial de prótesis dentales completas o parciales o puentes y servicios relacionados, para reemplazar dientes naturales funcionales que: (a) falten o (b) se pierdan por causas congénitas antes de que el seguro de la póliza entre en vigencia. Sin embargo, los beneficios están disponibles para los gastos cubiertos de colocación inicial de dentaduras postizas completas o parciales o puentes para reemplazar la pérdida de dientes naturales funcionales, incluidos los ajustes necesarios durante los primeros 6 meses después de la fecha de colocación, sólo si: (a) los dientes se perdieron mientras la persona asegurada estaba cubierta por la póliza y la colocación se produce en los 12 meses siguientes a la fecha de la pérdida de los dientes; o (b) la extracción tuvo lugar mientras la persona asegurada era menor de 16 años y estaba cubierta por la póliza.

# Exclusiones y limitaciones continuación

## (planes de seguro)

Este es solo un resumen general de las exclusiones. No es un contrato de seguro, ni una parte de la póliza de seguro. La póliza contiene información completa de la cobertura. Pueden aplicarse algunas excepciones en cada estado (consulte las diferencias entre estados). La compra de este plan no está supeditada a la compra o tenencia de una cobertura de seguro de salud individual o grupal.

### En el caso de los planes que cubren Servicios Mayores (continúa)

- Reemplazo de coronas, puentes, dentaduras postizas y prótesis fijas o extraíbles, implantes, coronas de implantes, prótesis de implantes y estructuras de soporte de implantes insertados antes de la cobertura del plan, a menos que la persona asegurada haya estado asegurada por el plan durante 12 meses consecutivos. Si la pérdida de un diente requiere adicionar un gancho, pónico o pilar dentro de este período de 12 meses, se cubrirán los servicios dentales asociados con dicha adición cuando el servicio sea un gasto cubierto.

En el caso de los planes que cubren Implantes, la póliza no paga beneficios por servicios o tratamientos causados por, resultado de, para, que sean o estén relacionados con alguno de los siguientes:

- Gastos cubiertos incurridos durante el período de espera

### Exclusiones y Limitaciones de los Servicios para la Vista

Los gastos cubiertos de servicios para la vista no incluirán ni se pagará ningún beneficio por los cargos incurridos para lo siguiente:

- Servicios o tratamientos que ya están excluidos en las Exclusiones y limitaciones generales
- Que sea parte de un gasto cubierto que esté sujeto a un copago o que sea su responsabilidad
- Entrenamiento ortóptico o de terapia de la vista y exámenes suplementarios asociados
- Artículos no recetados (p. ej., lentes sin corrección de la vista)
- Lentes de gran tamaño
- Reemplazo de marcos para anteojos y lentes para anteojos provistos conforme a la cláusula adicional de servicios para la vista que se pierdan o rompan, excepto en los intervalos normales cuando los servicios están, de otro modo, disponibles

- Tratamiento médico o quirúrgico de los ojos
- Cargo aplicable de impuesto sobre las ventas para los servicios de cuidado de la vista
- Cualquier examen ocular o anteojos correctivos requeridos por un empleador como condición de empleo
- Tratamiento correctivo de la vista de naturaleza experimental o de investigación
- Procedimientos quirúrgicos correctivos como, entre otros, queratotomía radial (RK), queratectomía fotorrefractiva (PRK) y cirugía LASIK
- Artículos para la vista, excepto los artículos para la vista recetados
- Lentes opcionales adicionales

### Exclusiones y Limitaciones de los Servicios para la Audición

Los gastos cubiertos de servicios para la audición no incluirán ni se pagará ningún beneficio por los cargos incurridos para lo siguiente:

- Servicios o tratamientos que ya están excluidos en las Exclusiones y limitaciones generales
- Servicios recibidos de un proveedor de servicios y productos para la audición que no pertenece a la red.
- Dispositivos de asistencia auditiva (Assistive listening devices, ALD)
- Para tratamiento médico o quirúrgico de las estructuras internas o externas del oído proporcionado por un audiólogo, un proveedor de aparatos auditivos o un médico
- Dispositivos de protección auditiva o tapones
- Reemplazo debido a pérdida, robo o daño del aparato auditivo
- Mantenimiento de los aparatos auditivos que incluye baterías, contratos de mantenimiento/servicio, adaptaciones, moldes para el oído y otras reparaciones varias

# Disposiciones del plan

Este es sólo un resumen general de las disposiciones. No es un contrato de seguro, ni una parte de la póliza de seguro. La póliza contiene información completa de la cobertura. Pueden aplicarse algunas excepciones en cada estado (consulte las diferencias entre estados). La compra de este plan no está supeditada a la compra o tenencia de una cobertura de seguro de salud individual o grupal.

## Año de la póliza

Año de la Póliza se refiere a cada período de 12 meses consecutivos a partir de la fecha de vigencia.

## Requisitos de participación

Los planes pueden emitirse a un asegurado principal de entre 18 y 99 años de edad y a su cónyuge/pareja de unión libre (según la definición del estado) de entre 16 y 99 años de edad. Los hijos dependientes que cumplen los requisitos son sus hijos naturales y adoptivos e hijastros menores de 26 años (o según como lo defina el estado).

## Declaración incorrecta de la edad

Si se declara incorrectamente la edad de una persona asegurada, nuestros registros se modificarán para que figure la edad correcta. Los ajustes de las primas se efectuarán de tal manera que recibamos las primas por pagar de acuerdo con la edad correcta en su fecha de vencimiento después de que reciba nuestro aviso sobre corrección de la edad. Si, por tal motivo, no hubiéramos emitido la cobertura para dicha persona asegurada, le devolveremos la prima pagada menos las cantidades de los beneficios que hayamos pagado, y la cobertura se anulará a partir de la fecha de vigencia.

## Cambio de residencia

Si cambia de residencia, le pedimos que nos lo notifique.

## Proveedores que no pertenecen a la red o proveedores de la red

Puede pagar más si usa proveedores que no pertenecen a la red. Los proveedores que no pertenecen a la red pueden cobrarle cualquier cantidad, sin superar el cargo facturado después de que la parte cubierta por la póliza se haya pagado. Los proveedores de la red han acordado un precio con descuento para los gastos cubiertos y no le facturarán nada aparte del coseguro y los deducibles.

## Cambios en las primas

Nos reservamos el derecho a modificar la tabla de primas por clases, tal y como se define en la póliza. Le enviaremos un aviso por escrito al menos 31 días antes de la fecha de vigencia de las nuevas tarifas. Cada prima se basará en la tabla de tarifas vigente en la fecha de pago de la prima.

## Reembolsos

Si los servicios dentales se deben a acciones u omisiones de un tercero, tenemos el derecho a recibir un reembolso por el valor de los beneficios que pagamos por los servicios dentales, como se describe en la póliza.

## Renovabilidad y cancelación de la cobertura

La póliza será renovable hasta la primera fecha entre:

- El impago de las primas a su vencimiento, sujeto a las disposiciones en la póliza
- El final del período de la prima luego de recibir de su parte una solicitud de rescisión de la póliza
- En la fecha en que usted: realice un acto o práctica que constituya fraude; o presente una declaración falsa intencionada de un hecho material, que tenga alguna relación con la cobertura proporcionada en virtud de la póliza, incluidos los reclamos de beneficios en virtud de la póliza
- En la fecha en que decidamos discontinuar este plan, tipo de cobertura o toda la cobertura en su estado
- La fecha en que usted fallezca, si se trata de una póliza solo para el asegurado principal. (Si hay otros miembros en la póliza, se aplican las disposiciones de continuación.)

## Derecho de Examen

Para nosotros es importante que esté satisfecho con la cobertura que le proporcionamos. Este producto tiene un período de derecho de examen, también conocido como período de gracia. Una vez que se presente la solicitud y se emita la póliza, si no está satisfecho con que la cobertura satisfaga sus necesidades de seguro, puede devolvernos la póliza en un plazo de 10 días (o según los requisitos del estado). Consulte la póliza para obtener más información.

# Diferencias entre estados

Consulte, a continuación, la disponibilidad y los beneficios, exclusiones y limitaciones para cada estado.

## Alabama

Formulario: DEN-CH-GRI-01

- No hay diferencias

## Arizona

Formulario: DEN-CH-GRI-02

- No se aplica la exclusión por los servicios que preste un familiar inmediato o una persona que resida habitualmente con una persona asegurada
- No se aplica la disposición de Reembolsos

## Connecticut

Formulario: DEN-CH-GRI-06

- La exclusión por consumo de alcohol o de drogas se aplica a cualquier servicio ocasionado por el consumo voluntario de cualquier sustancia controlada, tal y como se define en el Título II de la Ley de Control y Prevención Integral del Abuso de Drogas de 1970, en su versión actual y sus futuras modificaciones, a menos que sea administrada o recetada por un médico, o por el consumo voluntario de un medicamento de venta sin receta a menos que se tome de acuerdo con la dosis recomendada por el fabricante
- La edad límite para hijos dependientes es de 27 años
- No se aplica la disposición de Reembolsos
- Existe un plazo de 30 días para ejercer el derecho de examen

## Delaware

Formulario: DEN-CH-GRI-07

- No hay diferencias

## District of Columbia

Formulario: DEN-CH-GRI-08

- Dependiente que cumple los requisitos son su cónyuge/pareja de unión libre o conviviente civil (tal y como se define en la póliza), los dependientes de su conviviente civil y sus hijos naturales y adoptivos e hijastros menores de 26 años. También incluye a su nieto, sobrina o sobrino menor de edad a quien proporcione alimentos, ropa y alojamiento de forma regular y continua durante el tiempo en que las escuelas públicas del District of Columbia estén en sesión regular, si el tutor legal de dicho nieto, sobrina o sobrino menor de edad no está cubierto por otra póliza de accidentes o enfermedades

## Florida

Formulario: DEN-CH-GRI-09

- La exclusión sobre el seguro de accidentes laborales se modifica de la siguiente manera: que se deriven de o se produzcan durante un empleo a cambio de un salario o remuneración, si la persona asegurada está asegurada por un seguro de accidentes laborales de acuerdo con la ley estatal o federal aplicable y un seguro de accidentes laborales paga los servicios

- La definición de “Dependiente que cumple los requisitos” se amplía para incluir a los hijos en acogida. La edad límite para hijos dependientes es de 31 años
- En la disposición de Cambios en las Primas, le entregaremos un aviso con por lo menos 45 días de anticipación sobre los cambios.
- La disposición de Cancelación de la Cobertura se modifica de la siguiente manera: Su cobertura se cancelará y no se pagarán los beneficios de la póliza y las cláusulas adicionales una vez que se presente cualquiera de estas situaciones:
  - El impago de las primas a su vencimiento, sujeto a las disposiciones en la póliza;
  - Cuando recibamos su solicitud de cancelación;
  - A partir de la fecha en que usted presente un reclamo que contenga información falsa, incompleta o que lleve al error sobre cualquier hecho o elemento material de dicho reclamo, siempre que le notifiquemos por escrito al menos 45 días antes de cancelar la cobertura;
  - A partir de la fecha de vigencia de la póliza, como si la cobertura nunca hubiera existido, en caso de que los hechos materiales de la solicitud de cobertura sean falsos, incompletos o lleven al error, siempre que le hayamos avisado por escrito al menos 45 días antes de cancelar la cobertura;
  - En la fecha en que decidamos discontinuar este plan o tipo de cobertura. Le avisaremos al menos 90 días antes de la fecha en que se discontinuará la cobertura. Se le ofrecerá la opción de contratar cualquier otra cobertura similar que ofrezcamos sin tener en cuenta su estado de salud;
  - En la fecha en que decidamos discontinuar toda la cobertura en su estado. Le avisaremos a usted y a la respectiva autoridad estatal al menos 180 días antes de la fecha en que se discontinuará la cobertura; o
  - La fecha en que usted fallezca, si se trata de una póliza solo para el asegurado principal

## Hawaii

Formulario: DEN-CH-GRI-51

- La definición de “Dependiente que cumple los requisitos” se amplía para incluir a su pareja de hecho. “Pareja de Hecho” significa un adulto que, junto con otro adulto, son parte de una relación de pareja de hecho válida y cumplen con los siguientes requisitos para una relación de pareja de hecho válida: (A) cada una de las partes debe tener al menos dieciocho años de edad; (B) ninguna de las partes debe estar casada, ser parte de otra relación de pareja de hecho, ni ser conviviente civil; (C) las partes deben tener prohibido casarse entre sí bajo el estatuto HAW. REV. STAT. §572; (D) ninguna de las partes en la relación de pareja de hecho ha otorgado su consentimiento bajo coacción, amenaza o fraude; y (F) cada una de las partes firma una declaración de relación de pareja de hecho según lo dispuesto en la sección din HAW. REV. STAT. §572C-5.

# Diferencias entre estados continuación

Consulte, a continuación, la disponibilidad y los beneficios, exclusiones y limitaciones para cada estado.

## Idaho

Formulario: DEN-CH-GRI-11

- La exclusión de los servicios como consecuencia de un delito grave no se aplica a la tentativa. Solo se aplica a la comisión de un delito grave
- La definición de “Dependiente que cumple los requisitos” se amplía para incluir a los hijos solteros de cualquier edad con una certificación médica de discapacidad o que dependan de usted

## Indiana

Formulario: DEN-CH-GRI-13

- Los dependientes que cumplen los requisitos son:
  - Su cónyuge legal o pareja de unión libre
  - Sus hijos naturales menores de 26 años de edad
  - Sus hijos adoptivos menores de 26 años de edad, a partir de lo que ocurra primero entre la fecha de colocación con fines de adopción o la fecha de presentación de una orden que le conceda al padre adoptivo la custodia del niño con fines de adopción, salvo que la colocación se interrumpa antes de la adopción legal y el niño sea retirado de la colocación
  - Sus hijastros menores de 26 años de edad
  - Un hijo cuya tutela legal le fue otorgada a usted o a su cónyuge y que sea menor de 26 años
- Existe un plazo de 30 días para ejercer el derecho de examen

## Iowa

Formulario: DEN-CH-GRI-14

- La exclusión de servicios cuando la persona asegurada comete o intenta cometer un delito grave sólo se aplica si la persona es declarada culpable de la comisión o tentativa de comisión de un delito grave
- Existe un plazo de 30 días para ejercer el derecho de examen

## Kansas

Formulario: DEN-CH-GRI-15

- En la exclusión relacionada con el seguro de accidentes laborales, si una persona asegurada celebra un acuerdo en el que renuncia a su derecho a recuperar beneficios médicos futuros conforme a una ley o plan de seguros de accidentes laborales, esta exclusión seguirá siendo aplicable. Si la compañía de seguros de accidentes laborales deniega la cobertura del reclamo de accidentes laborales de la persona asegurada, esta exclusión se aplicará igualmente a menos que la denegación se apele ante la agencia gubernamental correspondiente y esta ratifique la denegación.
- No se aplica la disposición de Reembolsos
- En la disposición de Cancelación de la Cobertura, si usted presenta un aviso por escrito de la cancelación de la póliza, éste entrará en vigencia una vez que se reciba o en la fecha posterior que especifique

## Kentucky

Formulario: DEN-CH-GRI-16

- En la disposición Cambios en las Primas, la tabla de primas no se incrementará en un plazo de 12 meses a partir de la fecha de emisión o de renovación
- La disposición sobre Declaración Incorrecta de la Edad se modifica de la siguiente manera: Si se declara la edad incorrecta de una persona asegurada, todas las cantidades pagaderas según esta póliza serán como si la prima pagada se hubiese pagado de acuerdo con la edad correcta

## Louisiana

Formulario: DEN-CH-GRI-17

- Dependiente que cumple los requisitos es su cónyuge legal/ pareja de unión libre y sus hijos naturales y adoptivos (niños acogidos en su hogar tras la ejecución de un acto de entrega voluntaria), hijastros y nietos (bajo custodia legal del abuelo) menores de 26 años
- En la disposición de Cambios en las Primas, le entregaremos un aviso con por lo menos 45 días de anticipación sobre los cambios. Las tarifas no aumentarán más de una vez en cada período de 6 meses, después del período inicial de 12 meses
- En la disposición de Cancelación de la Cobertura, si discontinuamos el plan o el tipo de cobertura, lo enviaremos un aviso por escrito al menos 60 días antes de la discontinuación
- Existe un plazo de 30 días para ejercer el derecho de examen

## Michigan

Formulario: DEN-CH-GRI-21

- No se aplican las siguientes exclusiones:
  - Un servicio que se reciba como consecuencia de que la persona cubierta se encontraba en estado de embriaguez, según la definición de las leyes estatales aplicables del estado en que ocurrió el siniestro, o bajo los efectos de narcóticos ilegales o sustancias controladas, a no ser que sean administradas o recetadas por un médico, o porque tomó voluntariamente un medicamento de venta sin receta, a no ser que lo haya hecho de acuerdo con la dosis recomendada por el fabricante
  - En caso de daño corporal autoinfligido intencionalmente
  - Participación de la persona asegurada en disturbios
- La exclusión de cualquier acto de guerra declarada o no declarada se aplica mientras presta servicios militares o navales, o en cualquier unidad auxiliar, de los Estados Unidos
- La exclusión por delitos graves excluye los servicios que se deban a que la persona asegurada haya cometido o intentado cometer un delito menor o grave, así sea declarada culpable o inocente, o haya ejercido una ocupación ilegal; u otra actividad delictiva intencionada haya sido una causa contribuyente

# Diferencias entre estados continuación

Consulte, a continuación, la disponibilidad y los beneficios, exclusiones y limitaciones para cada estado.

## Mississippi

Formulario: DEN-CH-GRI-23

- En la disposición de Cambios en las Primas, le entregaremos un aviso con por lo menos 75 días de anticipación sobre los cambios
- La disposición sobre Declaración Incorrecta de la Edad se modifica de la siguiente manera: Si se declara la edad incorrecta de la persona asegurada, todas las cantidades pagaderas según esta póliza serán como si la prima pagada se hubiese pagado de acuerdo con la edad correcta

## Missouri

Formulario: DEN-CH-GRI-24

- En la disposición de Cancelación de la Cobertura, si cancelamos la cobertura luego de que usted lo solicite, cancelaremos la cobertura en la fecha en que recibamos su solicitud o en una fecha posterior, si así se especifica
- No se aplica la disposición de Reembolsos

## Nebraska

Formulario: DEN-CH-GRI-26

- La definición de “Dependiente que cumple los requisitos” se amplía para incluir a los hijos recibidos en adopción
- En la disposición de Reembolso, nuestro derecho a recibir un reembolso sólo se aplica después de que la persona asegurada haya recibido una compensación total por el siniestro

## Nevada

Formulario: DEN-CH-GRI-27

- La exclusión no se aplica a un servicio que se reciba como consecuencia de que la persona cubierta se encontraba en estado de embriaguez, según la definición de las leyes estatales aplicables del estado en que ocurrió el siniestro, o bajo los efectos de narcóticos ilegales o sustancias controladas, a no ser que sean administradas o recetadas por un médico, o porque tomó voluntariamente un medicamento de venta sin receta, a no ser que lo haya hecho de acuerdo con la dosis recomendada por el fabricante
- La exclusión por delito grave sólo se aplica cuando el asegurado está siendo condenado por un delito grave y no se aplica si el asegurado es víctima de violencia doméstica, independientemente de si el asegurado contribuyó a cualquier siniestro o lesión
- En la disposición sobre Cambios en las Primas, podemos modificar la prima con la aprobación de la División de Seguros, siempre que le hayamos enviado un aviso por escrito al menos 60 días antes del cambio
- No se aplica la disposición de Reembolsos

## New Hampshire

Formulario: DEN-CH-GRI-28

- La exclusión por servicios que se presten como consecuencia de que la persona cubierta esté en estado de embriaguez o bajo los efectos de narcóticos ilegales o sustancias controladas se sustituye por: El consumo voluntario de drogas que no hayan sido recetadas por el médico de la persona cubierta o que no sean utilizadas de la manera prevista, o la conducción delictiva bajo los efectos del alcohol o sustancias alcohólicas
- La exclusión sobre el seguro de accidentes laborales se sustituye por: Tratamiento administrado en un hospital público, beneficios de Medicare u otro programa gubernamental (excepto Medicaid), servicios de una ley estatal o federal sobre seguros de accidentes laborales, de responsabilidad del empleador o de enfermedades ocupacionales prestados por empleados de hospitales, laboratorios u otras instituciones
- Se aplica la exclusión por comisión de un delito grave, pero no se aplica la exclusión por la tentativa de comisión de un delito grave
- No se aplica la exclusión de los servicios prestados por un plan, programa, hospital u otro centro del gobierno
- No se aplica la exclusión de los servicios prestados por una persona que resida habitualmente con la persona asegurada, pero sí se aplica la exclusión de los servicios prestados por un familiar inmediato
- Los dependientes que cumplen los requisitos incluyen su cónyuge legal/pareja de unión libre y sus hijos por consanguinidad o por ley menores de 26 años
- No se aplica la disposición de Reembolsos
- En la disposición de Cancelación de la Cobertura:
  - Si la cobertura se cancela por falta de pago de la prima, le concederemos al menos 30 días después de la fecha en que le enviemos por correo el aviso por escrito junto con el motivo de la cancelación
  - Si presenta una solicitud de cancelación de la póliza, ésta entrará en vigencia en la fecha en que recibamos su solicitud
- Existe un plazo de 30 días para ejercer el derecho de examen

## North Carolina

Formulario: DEN-CH-GRI-32

- Los Servicios Mayores incluyen los servicios y procedimientos dentales para defectos o anomalías congénitos, incluidos todos los tratamientos y cuidados necesarios para sus dependientes cubiertos que nacieron con labio leporino o paladar hendido
- La exclusión no se aplica a un servicio que se reciba como consecuencia de que la persona asegurada se encontraba en estado de embriaguez, según la definición de las leyes estatales aplicables del estado en que ocurrió el siniestro, o bajo los efectos de narcóticos ilegales o sustancias controladas, a no ser que sean administradas o recetadas por un médico, o porque tomó voluntariamente un medicamento de venta sin receta, a no ser que lo haya hecho de acuerdo con la dosis recomendada por el fabricante

# Diferencias entre estados continuación

Consulte, a continuación, la disponibilidad y los beneficios, exclusiones y limitaciones para cada estado.

## North Carolina (continuación)

- La exclusión sobre los servicios que se deriven de o se presten durante un empleo asalariado se modifica de la siguiente manera: Los servicios o suministros para el tratamiento de una lesión o enfermedad ocupacional pagada de conformidad con la Ley de Seguro de Accidentes Laborales de North Carolina únicamente en la medida en que tales servicios o suministros sean responsabilidad civil del empleado, el empleador, o la compañía de seguros de accidentes laborales conforme a una resolución final de conformidad con la Ley de Seguro de Accidentes Laborales de North Carolina o una orden de la Comisión Industrial de North Carolina que autorice un acuerdo de satisfacción de deuda de conformidad con la Ley de Seguro de Accidentes Laborales de North Carolina
- La exclusión por un acto de guerra declarada o no declarada no se aplica al terrorismo
- Hijo dependiente que cumple los requisitos significa su hijo natural, adoptivo, hijastro o en acogida:
  - Hijo menor de 26 años; o
  - Hijo mayor de 26 años que no esté en capacidad de trabajar para su autosostenimiento debido a un retraso mental o a una discapacidad física y que dependa principalmente de usted para su sustento y manutenciónAdemás, si debe proporcionar la cobertura de un seguro a un hijo por una orden judicial o administrativa, dicho hijo se considerará dependiente que cumple los requisitos siempre que cumpla los criterios arriba indicados
- En la disposición Cambios en las Primas, se garantiza que la tabla de primas de esta póliza no cambiará durante 12 meses a partir de la fecha de vigencia de la cobertura. Después de ello, le enviaremos un aviso con 45 días de antelación sobre cualquier cambio. Las nuevas tarifas están garantizadas por un período no inferior a 12 meses
- No se aplica la disposición de Reembolsos
- En la disposición de Cancelación de la Cobertura, se realizarán las siguientes modificaciones:
  - Si cancelamos su cobertura debido a la declaración falsa intencionada de hechos materiales, esta cancelación debe efectuarse en un plazo no mayor de 2 años a partir de la fecha de vigencia de la cobertura
  - Si cancelamos su cobertura en la fecha en que decidimos discontinuar el plan o el tipo de cobertura, le avisaremos con 180 días de antelación en caso de que cancelemos el plan
  - Si cancelamos su cobertura en la fecha en que decidimos discontinuar toda cobertura en su estado, le avisaremos con 180 días de antelación en caso de que cancelemos el plan

- Existe un plazo de 30 días para ejercer el derecho de examen

## North Dakota

Formulario: DEN-CH-GRI-33

- La definición de “Dependiente que cumple los requisitos” se amplía para incluir a los dependientes de dependientes cubiertos

## Oklahoma

Formulario: DEN-CH-GRI-35

- No se aplican las exclusiones de servicios como consecuencia de los efectos del alcohol o del consumo voluntario de medicamentos de venta sin receta. Sin embargo, se sigue aplicando la exclusión por servicios prestados a la persona mientras se encontraba bajo los efectos de narcóticos ilegales o sustancias controladas, a menos que sean administrada o recetadas por un médico.
- La exclusión por cualquier acto de guerra declarada o no declarada se aplica mientras se presta servicio en el ejército o en una unidad auxiliar adscrita al ejército o se trabaja en una zona de guerra, ya sea de forma voluntaria o por exigencia de un empleador; la participación en un delito, disturbios o insurrección, el servicio en las fuerzas armadas o en unidades auxiliares de las mismas

## Pennsylvania

Formulario: DEN-CH-GRI-37

- La disposición de Reembolsos se modifica de la siguiente manera: Si los servicios dentales de una persona asegurada se deben a actos u omisiones de un tercero, no cubriremos el siniestro en la medida en que se pague como parte de un acuerdo o sentencia de un tercero. Sin embargo, si el tercero no ha efectuado o recibido el pago en el momento en que recibimos una constancia de siniestro aceptable, pagaremos los beneficios habituales de la póliza por el siniestro de la persona asegurada. Tenemos derecho a recibir el reembolso si la persona asegurada recibe posteriormente algún pago de un tercero por reclamos de servicios dentales. La persona asegurada (o su tutor, representantes legales, patrimonio o herederos) deberá reembolsarnos cuanto antes la cantidad establecida en el acuerdo o la sentencia o cualquier pago que reciba de un tercero.

## South Carolina

Formulario: DEN-CH-GRI-39

- En el caso de los planes que cubren Servicios Mayores, los siguientes se considerarán Servicios Mayores cubiertos cuando los reciba su dependiente cubierto para el cuidado y tratamiento de labio leporino y paladar hendido, según se define en la póliza:
  - Película cefalométrica para diagnóstico;
  - Tratamiento de ortodoncia limitado de la dentición temporal, mixta, adolescente o permanente;
  - Tratamiento de ortodoncia interceptiva de la dentición temporal o mixta;
  - Tratamiento de ortodoncia integral de la dentición mixta, adolescente o permanente;
  - Tratamiento con aparatos extraíbles; y
  - Visita previa al tratamiento de ortodoncia
- Existe un plazo de 30 días para ejercer el derecho de examen

# Diferencias entre estados continuación

Consulte, a continuación, la disponibilidad y los beneficios, exclusiones y limitaciones para cada estado.

## South Dakota

Formulario: DEN-CH-GRI-40

- La exclusión no se aplica a un servicio que se reciba como consecuencia de que la persona cubierta se encontraba en estado de embriaguez, según la definición de las leyes estatales aplicables del estado en que ocurrió el siniestro, o bajo los efectos de narcóticos ilegales o sustancias controladas, a no ser que sean administradas o recetadas por un médico, o porque tomó voluntariamente un medicamento de venta sin receta, a no ser que lo haya hecho de acuerdo con la dosis recomendada por el fabricante
- La exclusión por seguros de accidentes laborales se modifica de la siguiente manera: Los beneficios que se pagan en virtud de un seguro de accidentes laborales conforme a la ley estatal o federal vigente
- La exclusión por los servicios prestados por un familiar inmediato no se aplica si es el único proveedor en un rango de 50 millas y actúa dentro del alcance de su licencia
- No se aplica la exclusión de dientes sin encías sanas. La exclusión se sigue aplicando a los dientes con un pronóstico cuestionable según como lo determinemos
- En las exclusiones que hacen referencia a los dientes naturales, “natural” no se aplica

## Tennessee

Formulario: DEN-CH-GRI-41

- En la exclusión por servicios prestados antes de la fecha de vigencia o después de la fecha de cancelación de la póliza, si un tratamiento específico se inicia mientras una persona está asegurada en virtud de la póliza, pagaremos los beneficios por los servicios dentales cubiertos que se presten en un plazo de 31 días después de la fecha de cancelación
- La definición de “Dependiente que cumple los requisitos” se amplía para incluir a los hijos que dependan principalmente de usted para su sustento y manutención, así como a los hijos menores de 26 años cuya cobertura haya sido ordenada por un tribunal o una autoridad administrativa
- En la disposición de Reembolsos, tenemos derecho a recibir el reembolso de los beneficios que hayamos pagado por servicios dentales si la persona asegurada recibe posteriormente algún pago de un tercero, sino sólo después de que la persona asegurada reciba una compensación total por el siniestro
- En la disposición de Cancelación de la Cobertura, si discontinuamos el plan, el tipo de cobertura o la cobertura en su estado, le avisaremos al menos 30 días antes de la fecha en que se discontinuará la cobertura

## Texas

Formulario: DEN-CH-GRI-42

- No se aplica la exclusión por los servicios que preste un familiar inmediato o una persona que resida habitualmente con una persona asegurada

- La definición de “Dependiente que cumple los requisitos” se amplía para incluir: sus hijos o los de su cónyuge por los cuales usted o su cónyuge sean parte en un pleito de adopción; los hijos para los que deba proporcionar manutención de salud o dental de conformidad con una orden judicial; sus nietos que dependan de usted a efectos del impuesto federal sobre la renta en el momento de la solicitud y que sean menores de 26 años; y las personas dependientes mayores de 26 años que no estén en capacidad de trabajar para su autosostenimiento debido a un retraso mental o a una discapacidad física y que dependan principalmente de usted para su sustento y manutención

## Utah

Formulario: DEN-CH-GRI-43

- La exclusión por estado de embriaguez y abuso de sustancias se modifica de la siguiente manera: Un servicio que se reciba como resultado directo de que la persona asegurada sea declarada culpable de participar voluntariamente en una actividad ilegal mientras se encontraba en estado de embriaguez, según la definición de las leyes estatales aplicables del estado en que ocurrió el siniestro, o sea declarada culpable de participar voluntariamente en una actividad ilegal mientras se encontraba bajo el efecto de narcóticos ilegales o sustancias controladas, a no ser que sean administradas o recetadas por un médico, o porque tomó voluntariamente un medicamento de venta sin receta, a no ser que lo haya hecho de acuerdo con la dosis recomendada por el fabricante
- Las exclusiones que se deban a que la persona asegurada participó en disturbios o cometió o intentó cometer un delito grave sólo se aplican si dichas acciones son voluntarias
- La exclusión de cirugía reconstructiva no se aplica cuando dicho servicio sea secundario o posterior a la cirugía resultante de un traumatismo, infección o enfermedades de la parte involucrada o cirugía reconstructiva debido a enfermedad congénita o anomalía de un niño dependiente cubierto que ha derivado en un defecto funcional
- No se aplican las exclusiones relativas a malformaciones congénitas y anomalías congénitas
- La definición de “Dependiente que cumple los requisitos” se amplía para incluir a los hijos recibidos en adopción o adoptados legalmente, los niños en acogida y los niños para los que un progenitor deba proporcionar cobertura dental por orden judicial o administrativa
- En la disposición Cambios en las Primas, le avisaremos por escrito al menos 45 días antes de cualquier cambio en las tarifas. Sus tarifas pueden ajustarse por requisitos nuevos de las leyes estatales o federales o cuando entre en vigor un cambio en cualquier requisito estatal o federal actual que afecte la póliza. No habrá ningún cambio en su prima por el simple hecho de los reclamos presentados según la póliza o por un cambio en el estado de salud de la persona asegurada. Mientras la póliza esté vigente, no restringiremos la cobertura que ya se aplique.
- Existe un plazo de 30 días para ejercer el derecho de examen

# Diferencias entre estados continuación

Consulte, a continuación, la disponibilidad y los beneficios, exclusiones y limitaciones para cada estado.

## Vermont

Formulario: DEN-CH-GRI-44

- El período de espera para los implantes es de 6 meses
- La exclusión de los gastos cubiertos incurridos durante el período de espera no se aplica a las emergencias odontológicas, tal y como se definen en la póliza
- La exclusión no se aplica a un servicio que se reciba como consecuencia de que la persona asegurada se encontraba en estado de embriaguez, según la definición de las leyes estatales aplicables del estado en que ocurrió el siniestro, o bajo los efectos de narcóticos ilegales o sustancias controladas, a no ser que sean administradas o recetadas por un médico, o porque tomó voluntariamente un medicamento de venta sin receta, a no ser que lo haya hecho de acuerdo con la dosis recomendada por el fabricante
- La definición de “Cónyuge” se amplía para incluir al conviviente civil establecido conforme a las leyes de Vermont
- En la disposición de Cancelación de la Póliza, la cancelación relacionada con el fraude se basa en la fecha en que usted realiza un acto o práctica que da lugar a una condena por fraude
- Existe un plazo de 30 días para ejercer el derecho de examen

## Virginia

Formulario: DEN-CH-GRI-45

- La exclusión por estado de embriaguez o por estar bajo los efectos se modifica de la siguiente manera: Todo servicio en el que se incurra como consecuencia de que el asegurado se encuentre en estado de embriaguez o bajo los efectos de narcóticos, a menos que se tomen por recomendación de un médico
- No se aplica la exclusión de tratamientos experimentales o de investigación
- En la exclusión por los servicios que se deriven de o se produzcan durante un empleo a cambio de un salario o remuneración, si la persona asegurada está asegurada, o debe estar asegurada, por un seguro de accidentes laborales, no se excluirá la cobertura de ninguna condición médica si un laudo de la Comisión de Seguros de Accidentes Laborales deniega los beneficios de indemnización relacionados con dicha condición médica y no se solicita la revisión de dicho laudo en el plazo de 30 días o un laudo de indemnización por accidentes laborales deniega los beneficios de indemnización relacionados con dicha condición médica
- La exclusión por un acto de guerra declarada o no declarada no se aplica al terrorismo
- La exclusión de los servicios prestados por un familiar inmediato no se aplica a los servicios prestados por una persona que resida habitualmente con una persona asegurada que no sea familiar inmediato
- La exclusión de la cirugía reconstructiva no se aplica cuando la cirugía es incidental a una enfermedad o lesión dental cuando el principal propósito es mejorar el funcionamiento fisiológico de la parte del cuerpo afectada

- No se aplican las exclusiones por malformaciones congénitas o anomalías congénitas
- La exclusión del tratamiento de neoplasias benignas, quistes u otras patologías que impliquen lesiones benignas, no se aplica cuando los beneficios están cubiertos por el beneficio de Cirugía Bucal descrito en la póliza
- No se aplican las exclusiones para fotografías o moldes para diagnóstico
- En la exclusión, si corresponde, para la colocación inicial de dentaduras postizas completas o parciales o puentes y servicios relacionados, para sustituir dientes naturales funcionales, no se requiere que los dientes falten o se pierdan por causas congénitas antes de que el seguro de la póliza entre en vigencia
- La exclusión de los cargos por servicios dentales que no estén documentados se modifica de la siguiente manera: Cargos por servicios dentales que no están documentados en los registros del dentista, que no están directamente asociados con la enfermedad dental o gastos cubiertos de servicios preventivos o que no se realizan en un centro dental
- La exclusión de injertos óseos, regeneración tisular guiada, materiales biológicos para la regeneración de tejidos blandos y óseos cuando se realizan en zonas desdentadas no se aplica si figuran específicamente como beneficios de Periodoncia y Cirugía Bucal descritos en la póliza
- La exclusión de las extracciones quirúrgicas de las muelas del juicio no se aplica, ya que está permitida en la sección de Cirugía Bucal de la póliza
- En la disposición sobre Cancelación del Contrato, su cobertura se cancelará y no se le pagarán los beneficios de la póliza y las cláusulas adicionales una vez que se presente cualquiera de estas situaciones:
  - La falta de pago de las primas a su debido tiempo (sujeto a la disposición de Período de Gracia);
  - En la fecha de renovación en que decidamos discontinuar este plan o tipo de cobertura;
  - En la fecha de renovación en que decidamos discontinuar toda la cobertura en su estado; o
  - La fecha en que usted fallezca, si se trata de una póliza solo para el asegurado principal
- No se aplica la disposición de Reembolsos
- La disposición sobre Declaración Incorrecta de la Edad se modifica de la siguiente manera: Si se declara la edad incorrecta de una persona asegurada, los beneficios serán los que la prima pagada habría cubierto de acuerdo con la edad correcta Si se declara la edad incorrecta de la persona asegurada, y si de acuerdo con la edad correcta de la persona asegurada, la cobertura proporcionada por la póliza habría entrado en vigencia o habría cesado antes de la aceptación de la prima, nuestra responsabilidad se limitará al reembolso, previa solicitud, de todas las primas pagadas por el período que la póliza no cubre.

# Diferencias entre estados continuación

Consulte, a continuación, la disponibilidad y los beneficios, exclusiones y limitaciones para cada estado.

## West Virginia

Formulario: DEN-CH-GRI

- No hay diferencias

## Wisconsin

Formulario: DEN-CH-GRI-48

- El Resumen de la Cobertura para este estado, DEN-CH-OC-GRI-48, puede consultarse en <https://stage.uhone.com/api/supplysystem/?Filename=50338OCWI-G202401.pdf>
- Hijo dependiente que cumple los requisitos incluye a un hijo dependiente suyo o de su cónyuge/pareja de unión libre, mientras ese hijo dependiente sea menor de 18 años
- En la disposición de Cambios en las Primas, le entregaremos un aviso con por lo menos 60 días de anticipación sobre los cambios

## Wyoming

Formulario: DEN-CH-GRI-49

- La definición de “Dependiente que cumple los requisitos” se amplía para incluir a los hijos de un padre no custodio, o de un padre que comparta la custodia o el control temporal en virtud de una orden judicial
- **Esta póliza no contiene beneficios integrales de bienestar para adultos según lo estipulado en la ley de Wyoming**

## Nota para nuestros clientes sobre el seguro suplementario

- El plan suplementario que se presenta en este documento es independiente de cualquier cobertura de seguro de salud o de Medicare Advantage que pueda haber adquirido con otra compañía de seguros
- Este plan ofrece una cobertura opcional por una prima adicional. Su objetivo es complementar su seguro de salud y proporcionarle beneficios adicionales para los gastos cubiertos.
- No es necesario tener este plan para adquirir un seguro de salud con otra compañía de seguros.
- Este plan no sustituye la cobertura de un seguro de salud completo. Tampoco se considera cobertura mínima esencial según la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio.

## Avisos de prácticas de privacidad de los planes de salud

En este aviso se describe cómo se puede usar y divulgar su información de salud y cómo puede acceder a esta información.

**CONSÚLTELO AQUÍ.** Léalo con mucha atención.

(<https://www.uhc.com/content/dam/uhcdotcom/en/npp/NPP-UHC-EI-UHOne-EN.pdf>)

## Condiciones previas a la cobertura (aplicables con o sin el recibo condicional)

El seguro entrará en vigencia con las limitaciones que se muestran más adelante, si se cumplen estas condiciones:

1. La solicitud está llena en su totalidad y Golden Rule Insurance Company la acepta y aprueba sin condiciones
2. La primera prima completa, según el modo de pago seleccionado, se pagó en la fecha de vigencia o antes, y cualquier cheque es aceptado la primera vez que se presentó para su cobro
3. La póliza: (a) es emitida por Golden Rule Insurance Company exactamente como se solicita dentro de los 45 días a partir de la fecha de la solicitud; (b) se entrega a la posible persona asegurada; y (c) es aceptada por la posible persona asegurada

Después de completar la solicitud y antes de firmarla, vuelva a leerla detenidamente. Asegúrese de que toda la información se registró correctamente. Guarde una copia electrónica de este documento. Contiene información importante.