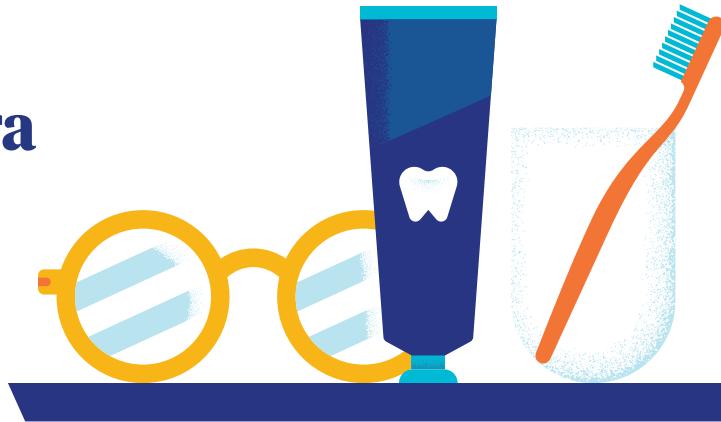


# Mira sonrisas con mayor claridad con una cobertura dental y de la vista asequible, disponible en nuestros planes.



Cuando agregas cobertura dental y de la vista a cualquiera de nuestros planes Plus(+), también obtienes el beneficio de una asignación de \$150 para usar en marcos. Elige cualquier versión Plus(+) de nuestros planes para agregar cobertura dental y de la vista para adultos por solo un poco más. La cobertura dental y de la vista pediátrica ya está incluida en todos los planes y en todos los estados, excepto Washington.



## Cobertura de la vista pediátrica

Se ofrecen en todos los estados, en todos los planes, según lo exige la ley de atención médica asequible (ACA)

## Cobertura de la vista para adultos

Se ofrece en todos los estados, excepto CO, WA, NJ, NM

Cobertura	Servicios de la vista pediátricos	Servicios de la vista para adultos <sup>1</sup>
<b>Requisito de edad</b>	Menor de 19 años	Mayor de 19 años
<b>Examen de la vista de rutina</b>	Sin cargo	Sin cargo
<b>Lentes</b> (Incluye opción de lente de policarbonato + protección estándar contra rayones)	Deductible + coseguro	Copago de \$25
<b>Marcos</b>	Deductible + coseguro	Cubiertas hasta \$150
<b>Lentes de contacto - Formulario<sup>2</sup></b> (Incluye ajuste y evaluación)	Deductible + coseguro	Copago de \$25
<b>Lentes de contacto - Fuera del formulario<sup>2</sup></b> (No se aplica el copago de los materiales)	N/C	Hasta \$105 de cobertura
<b>Examen de visión parcial</b>	Sin cargo	N/C
<b>Tratamiento para visión parcial</b>	Deductible + coseguro del 75%	N/C

<sup>1</sup>Los beneficios no se aplican para el máximo de bolsillo (out-of-pocket maximum, OOPM) anual. Se ofrecen en todas las familias de productos, en todos los niveles de metal, indicados en el nombre del plan con el signo "+".

<sup>2</sup>Los lentes de contacto son en lugar de los lentes o marcos.



## Cobertura dental pediátrica

Se ofrece en todos los estados, excepto WA

## Cobertura dental para adultos

Se ofrece en todos los estados, excepto CO, WA, NJ, NM

Cobertura	Servicios dentales pediátricos <sup>1</sup>	Servicios dentales para adultos <sup>2</sup>
Requisito de edad	Menor de 19 años	Mayor de 19 años
Beneficio anual máximo	N/C	\$1,000 por persona cubierta por año calendario
Clase 1: Prevención y diagnóstico	Sin cargo	Sin cargo, sujeto a máximo anual
Tipo 2: Restauración menor	Deductible + coseguro	50% de coseguro, sujeto a máximo anual
Tipo 3: Restauración mayor	Deductible + coseguro	50% de coseguro, sujeto a máximo anual
Clase 4: Ortodoncia	Deductible + coseguro <sup>3</sup>	No cubierta

## Más información

<sup>1</sup>Los beneficios se aplican al OOPM; los costos compartidos pediátricos difieren en CO.

Se ofrecen en todas las familias de productos, en todos los niveles de metal, indicados en el nombre del plan con el signo “+”.

<sup>2</sup>Los beneficios no se aplican para el OOPM anual.

<sup>3</sup>Solo ortodoncia médica necesaria; algunos estados (MI, MS, CO) no incluyen la cobertura de ortodoncia.



Costo compartido de \$0 para evaluación oral periódica en la red 2 veces cada 12 meses consecutivos. La cobertura para exámenes de la vista de rutina y anteojos se limita a una vez cada 12 meses; en algunos estados, los miembros pediátricos tienen cobertura para anteojos con mayor frecuencia. Si optas por recibir servicios de cuidado de la vista o materiales para el cuidado de la vista que no son beneficios cubiertos por este plan, un proveedor de cuidado de la vista participante podría cobrarte su tarifa normal por dichos servicios o materiales. Es posible que la cobertura no esté disponible en todos los planes ni en todos los estados. La cobertura dura hasta el último día del mes calendario en el que el miembro cumple 19 años. Para conocer los costos y detalles completos de la cobertura, comunícate con tu agente/corredor de seguros o con la compañía, según corresponda.

Los beneficios descritos pueden no estar disponibles en todos los planes o en todos los estados. Algunos planes pueden requerir copagos, deducibles o coseguros para estos beneficios. Esta póliza tiene exclusiones, limitaciones, reducción de beneficios y términos bajo los cuales la póliza puede continuar en vigencia o descontinuarse. Para conocer los costos y detalles completos de la cobertura, revise los documentos de cobertura su plan o llame o escriba a su agente de seguros o a la compañía, según corresponda. Al responder a esta oferta o comunicación, acepta que un representante pueda comunicarse con usted.

La cobertura médica de los planes Individuales y Familiares de UnitedHealthcare es ofrecida por: UnitedHealthcare of Arizona, Inc.; Rocky Mountain Health Maintenance Organization Incorporated en CO; UnitedHealthcare of Florida, Inc.; UnitedHealthcare of Georgia, Inc.; UnitedHealthcare of Illinois, Inc.; UnitedHealthcare Insurance Company en AL, IN, KS, LA, MO, NE, NH, NJ, NY, SD, TN y WY; Optimum Choice, Inc. en MD y VA; UnitedHealthcare Community Plan, Inc. en MI; UnitedHealthcare of Midlands, Inc. en ND; UnitedHealthcare of Mississippi, Inc.; UnitedHealthcare of New Mexico, Inc.; UnitedHealthcare of New York, Inc.; UnitedHealthcare of North Carolina, Inc.; UnitedHealthcare of Ohio, Inc.; UnitedHealthcare of Oklahoma, Inc.; UnitedHealthcare of South Carolina, Inc.; UnitedHealthcare Benefits of Texas, Inc.; UnitedHealthcare of Texas, Inc.; UnitedHealthcare of Oregon, Inc. en WA; UnitedHealthcare of Wisconsin, Inc., y UnitedHealthcare Plan of the River Valley en Iowa. Servicios administrativos proporcionados por United HealthCare Services, Inc. o sus afiliadas.

© 2025 United HealthCare Services, Inc. Todos los derechos reservados.

26NAT00199P