

# Cobertura dental, de la vista y la audición

## Prime DVH

Tres servicios. Una prima.

Ahorre dinero mientras protege sus dientes, vista y audición bajo una sola póliza.

**Sonría a lo grande. Mejore su visión. Escuche mejor.**





### Cobertura dental

Reciba consultas dentales regulares sin costos de bolsillo. Los chequeos regulares pueden ayudar a proteger sus dientes y su salud general.



### Cobertura para la vista

¡Ya no tiene que forzar la vista! Los exámenes de la vista de rutina están cubiertos para ayudarle a ver lo que se ha estado perdiendo y detectar posibles problemas oportunamente.



### Cobertura de la audición

La pérdida de la audición lo puede aislar de sus amigos y familia. Los dispositivos auditivos y los exámenes de la audición de rutina le ayudan a mantenerse en la conversación.



### ¿Sabía qué?

Original Medicare no cubre la atención preventiva dental, de la vista o la audición. Así que, usted tiene que pagar el precio completo cuando consulta a un dentista, oftalmólogo o audiólogo. ¡Esos costos pueden convertirse en una gran deuda!

**Prime DVH le ahorra dinero y cuesta menos que adquirir tres pólizas separadas.**

## Prime DVH en un vistazo



100% de cobertura **sin período de espera** para exámenes dentales, de la vista y auditivos de rutina<sup>1</sup>



### Edades de emisión:

Desde 0 hasta 90 años



Consulte **a cualquier proveedor** de su elección o aproveche los grandes descuentos al utilizar la amplia red de proveedores participantes del plan.



La cobertura está disponible para toda la familia: usted, su cónyuge y sus hijos.



Primas económicas que no se incrementan a medida que envejece. La cobertura **empieza en \$21 por mes.**<sup>2</sup>



¡Emisión garantizada y renovable de por vida!

<sup>1</sup> Careington Benefit Solutions, una Compañía CAREINGTON International, administra los planes de seguro dental a través de su extensa red Maximum Care. Los servicios para la audición son administrados a través de la red TruHearing®, que cuenta con más de 3,800 ubicaciones de proveedores en todo el país.. | <sup>2</sup> Prima para una persona de 40 años con un beneficio máximo anual de \$1,000.



## RESUMEN DE BENEFICIOS

Opciones de beneficios anuales combinados	\$1,000, \$1,500 o \$2,000 por asegurado, por año de la póliza
---	--

### COBERTURA DENTAL

Servicios cubiertos <sup>1</sup>	Servicios preventivos, de diagnóstico, restaurativos y complementarios, servicios de endodoncia, periodoncia, prostodoncia y de cirugía bucal.
Tipo I (Preventivos)	100% Sin período de espera
Tipo II (Básicos)	Pagamos hasta:* Año 1: 60% por asegurado Año 2: 70% por asegurado Año 3 +: 80% por asegurado Sin período de espera
Tipo III (Mayores)	Pagamos hasta:* Año 1: 60% por asegurado Año 2: 70% por asegurado Año 3 +: 80% por asegurado Período de espera de 9 meses

### COBERTURA PARA LA VISTA

Beneficio máximo de la vista	\$200 por asegurado, por año de la póliza, sujeto al máximo de la póliza
Exámenes integrales de la vista	100% Sin período de espera
Visitas de seguimiento Lentes de contacto, marcos, lentes de gafas correctivos y ajustes de lentes de gafas correctivos	Pagamos hasta:* Año 1: 60% por asegurado Año 2: 70% por asegurado Año 3 +: 80% por asegurado Período de espera de 9 meses

### COBERTURA DE LA AUDICIÓN

Beneficio máximo de la audición	\$500 por asegurado/ 2 años, sujeto al máximo de la póliza
Examen auditivo	100% hasta \$75, por asegurado, por año de la póliza Sin período de espera
Dispositivos auditivos Reparaciones de dispositivos auditivos	Pagamos hasta:* Año 1: 60% por asegurado Año 2: 70% por asegurado Año 3 +: 80% por asegurado Período de espera de 9 meses

\*Los servicios cubiertos son pagaderos después del deducible de la póliza de \$100, por asegurado, por año de la póliza.

<sup>1</sup> Ciertos servicios incluyen limitaciones. Consulte la Póliza para conocer los detalles. (Aviso: Si un asegurado opta por recibir los servicios o procedimientos dentales que no constituyen gastos cubiertos bajo la Póliza, es posible que un dentista de la red de proveedores pueda cobrarle la tarifa usual y habitual por dichos servicios o procedimientos. Antes de prestarle los servicios o procedimientos dentales que no constituyen gastos cubiertos a un asegurado, el dentista debe brindarle un plan de tratamiento que incluya cada servicio o procedimiento anticipado que será prestado y el costo estimado de cada servicio o procedimiento. Para entender completamente la cobertura provista bajo la Póliza, debe leerla cuidadosamente.

# Beneficios dentales

## Servicios cubiertos Tipo I

### Preventivos:

- Profilaxis: una vez cada seis meses
- Flúor tópico: una vez cada 12 meses, hasta la edad de 16 años
- Sellantes: una vez cada 36 meses, hasta la edad de 16 años

### De diagnóstico:

- Evaluaciones bucales: una vez cada seis meses
- Reevaluaciones
- Evaluaciones periodontales integrales: una vez cada seis meses
- Radiografías de mordida: una vez cada 12 meses
- Mordidas verticales: una vez cada 36 meses
- Moldes de diagnóstico

## Servicios cubiertos Tipo II

### Preventivos:

- Mantenedores de espacio: hasta la edad de seis años

### De diagnóstico:

- Películas intraorales, películas extraorales y película panorámica: una vez cada 36 meses

### Restaurativos:

- Amalgama; primaria o permanente y compuesto de resina

### Complementarios:

- Tratamiento paliativo (emergencia) del dolor
- Seccionamiento de dentadura postiza parcial fija
- Anestesia local
- Analgesia: hasta la edad de 13 años
- Inhalación de óxido nitroso
- Consulta
- Aplicación: medicamento y resina desensibilizadores para servicio cervical y/o radicular
- Análisis y ajuste oclusivos

## Servicios cubiertos Tipo III

### Restaurativos:

- Incrustaciones y sobreincrustaciones (y recementación, una vez cada 12 meses después de un período de espera de seis meses)
- Coronas; postes dentales y reconstrucción de muñones
- Retención de pines además de restauración: hasta dos procedimientos cada 12 meses
- Restauración para protección
- Rellenos con sedación

### Endodoncia:

- Recubrimientos pulpaes, pulpotomía terapéutica, terapia pulpar
- Reparación dental interna de errores de perforación
- Apexificación/recalcificación o cirugía perirradicular con apicectomía
- Rellenos retrógrados
- Tratamiento de canales o terapia endodóntica

### Cirugía bucal:

- Extracción de diente erupcionado; eliminación de diente impactado
- Trasplatación dental
- Alveoloplastia
- Biopsia de tejido bucal, blando o duro; eliminación de quiste/tumor, 1.25 cm de diámetro y más grande
- Incisión y drenaje de absceso
- Aumento sinusal
- Frenulectomía
- Escisión de tejido hiperplásico o gingival pericoronar

### Prostodoncia:

- Dentaduras postizas completas y parciales: una vez cada cinco años para dentaduras postizas completas para reemplazar dientes perdidos/quebrados
- Ajuste y reparación de dentaduras postizas
- Retenedor

### Periodoncia:

- Gingivectomía/gingivoplastia: una vez cada 36 meses
- Procedimiento de colgajo gingival: una vez cada 36 meses
- Procedimientos de injerto de tejido blando y alargamiento clínico de corona con tejido duro
- Cirugía ósea: una vez cada 36 meses
- Injertos de reemplazo óseo y regeneraciones guiadas de tejido
- Raspado periodontal y alisamiento radicular: limitado a cuatro cuadrantes separados cada dos años
- Desbridamiento de toda la boca para permitir la evaluación y el diagnóstico: una vez cada 36 meses
- Mantenimiento periodontal

Para obtener un listado completo de beneficios, exclusiones y limitaciones, consulte su Póliza. En caso de alguna discrepancia contenida en este folleto, regirán los términos y condiciones contenidos en los documentos de la Póliza. Formulario de la Póliza de seguro dental, de la vista y la audición CH-26151-IP (10/18) FL. | La información aquí contenida es precisa en todo momento durante su publicación. Este folleto proporciona solamente un resumen de la información.

## Beneficios auditivos

### Servicios cubiertos

- Examen auditivo
- Compra de dispositivos auditivos
- Reparaciones necesarias de dispositivos auditivos

### Ahorros adicionales de TruHearing

- Los miembros pueden elegir de una amplia selección de dispositivos auditivos digitales más recientes a precios de 30% a 60% más bajos del promedio nacional en más de 3,800 proveedores en todo el país.
- Los miembros tienen un período de prueba de riesgos de 45 días después de comprar dispositivos auditivos a través de TruHearing.

## Beneficios de la vista

### Servicios cubiertos

- Exámenes integrales de la vista
- Visitas de seguimiento y artículos para la vista, incluyendo lentes de contacto, marcos, lentes de gafas correctivos y ajustes de lentes de gafas correctivos

## Período de gracia

Es importante que esté satisfecho con su cobertura suplementaria opcional. Si no está satisfecho, puede cancelarla dentro del período de gracia indicado en la póliza. Cancelaremos la cobertura a partir de la fecha de entrada en vigencia de la póliza y le reembolsaremos todas las primas pagadas.



## Aviso para nuestros clientes acerca del Seguro suplementario

- El plan suplementario abordado en este documento es aparte de cualquier cobertura de seguro médico que usted pueda haber comprado con otra compañía de seguros.
- El plan proporciona cobertura opcional para una prima adicional. Su propósito es complementar su seguro médico y brindar protección adicional.
- No se requiere de este plan para comprar un seguro médico con otra compañía de seguros.
- No se debe utilizar este plan como un sustituto de una cobertura de seguro médico integral. No es considerado como Cobertura mínima esencial bajo la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio.

## AVISO IMPORTANTE PARA LAS PERSONAS CON MEDICARE. ESTE NO ES UN SEGURO SUPLEMENTARIO DE MEDICARE.

**Algunos servicios de atención médica pagados por Medicare pueden también generar el pago de beneficios bajo la Póliza.**

Este seguro proporciona beneficios limitados, si usted cumple con las condiciones de la póliza para gastos relacionados con los servicios específicos enumerados en la póliza. Este plan no paga sus deducibles o coseguros de Medicare y no es un sustituto del Seguro suplementario de Medicare.

**Medicare paga beneficios extensos para servicios médicamente necesarios, independientemente de la razón por la cual los necesite. Estos incluyen:**

- Hospitalización
- Servicios médicos
- Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios si usted está inscrito en la Parte D de Medicare
- Otros artículos y servicios aprobados

### Antes de comprar este seguro

- ✓ Revise la cobertura en TODAS las pólizas de seguro médico que usted ya tiene.
- ✓ Para obtener más información acerca de Medicare y del Seguro suplementario de Medicare, revise la *Guía del Seguro médico para Personas con Medicare*, que está disponible en la compañía de seguros.
- ✓ Si necesita ayuda para comprender su seguro médico, comuníquese con su departamento de seguro estatal o el Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés).

## Otra información importante

### Definiciones (consulte la Póliza para conocer otras definiciones importantes):

- **Gastos cubiertos para la audición** se refieren al cargo real para los servicios y suministros enumerados en el programa de la Póliza. Cuando los servicios son proporcionados por un proveedor PPO, los Gastos cubiertos para la audición se refieren a la tarifa negociada en vigencia con una PPO en la fecha en la que se proporcione un gasto cubierto.
- **Gastos cubiertos para la vista** se refieren al cargo real para los servicios y suministros enumerados en el programa de la Póliza. Cuando los servicios son proporcionados por un proveedor PPO, los Gastos cubiertos para la vista se refieren a la tarifa negociada en vigencia con una PPO en la fecha en la que se proporciona un gasto cubierto.
- **Gastos dentales cubiertos** se refieren a los cargos usuales y habituales para servicios y suministros dentales que están cubiertos bajo la Póliza, los cuales son incurridos por un asegurado y no están excluidos o limitados de ninguna otra manera en la Póliza. Los gastos dentales cubiertos son incurridos en la fecha en la que se presta el servicio o la fecha en la que se incurre en el gasto para el suministro. Los gastos dentales cubiertos se deben incurrir mientras la cobertura esté vigente.
- **Gastos usuales y habituales** se refieren al cargo que sea menor entre: 1. El cargo real; 2. El cargo que se genera usualmente para el gasto cubierto por el proveedor que lo proporcionó; o 3 El cargo equivalente al 75to percentil de cargos facturados por los proveedores en el área geográfica. Cuando los servicios son proporcionados por un proveedor PPO, los Gastos usuales y habituales se refieren a la tarifa negociada en vigencia con una PPO en la fecha en la que se proporciona un gasto cubierto.
- **Organización de Proveedores Participantes** ("PPO", por sus siglas en inglés) se refiere a un grupo de médicos u otros proveedores que tienen contrato con la Compañía o una organización designada por la Compañía para proporcionar servicios, tratamiento y suministros a un asegurado conforme a tarifas negociadas.
- **Período de espera** se refiere al período de tiempo consecutivo que inicia a partir de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura en la cual un asegurado debe tener un seguro bajo la Póliza antes de que los beneficios sean pagaderos. El Período de espera se muestra en el programa de la Póliza.

## Otra información importante

### EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

#### No proporcionaremos ningún beneficio por cargos que surjan directa o indirectamente, en su totalidad o en parte, de:

Tratamiento, atención, servicios o suministros para los cuales los beneficios no se proporcionen específicamente en la Póliza | Cargos que excedan del Máximo de beneficios, si los hubiere | Intento de suicidio o autolesión infligida intencionalmente | Involucramiento directo o indirecto en actividades ilegales | Tratamiento de alteraciones en la articulación temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés) | Un servicio no proporcionado por un dentista, A MENOS de que haya sido por un higienista dental bajo la supervisión del dentista y radiografías ordenadas por el dentista | Procedimientos cosméticos, A MENOS de que se deban a una lesión o a malformaciones congénitas/del desarrollo. El revestimiento de coronas o elementos intermedios del puente, posterior al segundo bicúspide se considera un procedimiento cosmético | El reemplazo de dentaduras postizas completas y parciales, puentes, incrustaciones, sobreincrustaciones o coronas que se puedan reparar o restaurar para su funcionamiento normal | Implantes; reemplazo de aparatos perdidos o robados; reemplazo de retenedores de ortodoncia; protectores bucales para atletas; aditamentos de precisión o semiprecisión; duplicado de dentaduras postizas; o ferulización | Control de placa; llenado de formularios de reclamo; citas canceladas; flúor recetado o para llevar a casa; o fotografías de diagnóstico | Reemplazo de cualquier aparato protésico; corona, incrustación o reparación de sobreincrustación o puente fijo dentro de los 5 años siguientes a la fecha del último reemplazo, A MENOS de que sea debido a una lesión | Imágenes bucales/faciales, incluyendo imágenes intra y extraorales | Exámenes de la vitalidad pulpar | Extracciones posteriores, A MENOS de que sea en conjunto con terapia endodóntica | Carillas labiales (láminas) en el consultorio | Reimplantación intencional, incluyendo la ferulización necesaria | Procedimiento quirúrgico para aislar el diente con un empaste de goma | Preparación de canales y ajuste de sujeción o poste realizado | Anestesia regional de bloqueo | Llamadas al hospital, la casa o el centro de atención extendida | Visitas al consultorio para fines de observación, durante y después del horario regular programado | Visitas al consultorio fuera del horario regular programado | Microabrasión de esmalte | Un reemplazo inicial de una dentadura postiza removible parcial o completa de uno o más dientes naturales perdidos antes de que la cobertura fuera efectiva bajo la Póliza. Esta limitación no aplica si el reemplazo incluye un diente natural extraído mientras tenía cobertura bajo la Póliza | Servicios no completados al final del mes en el cual termina la cobertura | Procedimientos que empezaron antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de un asegurado, pero no se completaron | Aquellos servicios para los cuales no habría ningún cargo en ausencia de un seguro o por cualquier servicio o tratamiento proporcionado sin cobro | Servicios en conexión con la guerra o cualquier acto de guerra, ya sea declarado o no declarado, o afección contraída o que ocurra accidentalmente mientras se está en servicio activo de tiempo completo en las fuerzas armadas de algún país o combinación de países | Cualquier servicio, suministro o atención o tratamiento de una afección para la cual los beneficios sean pagaderos bajo cualquier Ley de Compensación de los Trabajadores o ley similar | Procedimientos de ortodoncia | Gastos cubiertos para los cuales un asegurado no tenga la obligación legal de pagar | Entrenamiento ortóptico o de la vista y cualquier evaluación complementaria asociada | Lentes planos | Tratamiento médico o quirúrgico de los ojos | Cualquier tipo de cirugía correctiva de la vista, incluyendo la cirugía LASIK | Cualquier examen de la vista o anteojos correctivos, requeridos por un empleador como condición de empleo | Anteojos de seguridad | Reemplazo de lentes, marcos, gafas o lentes de contacto perdidos o quebrados | Ajuste de lentes de contacto | Dispositivos para la vista subnormales o lentes no recetados | Servicios prestados o suministros comprados fuera de los Estados Unidos o Canadá y los cargos que son incurridos mientras se está en un viaje de negocios o placer | Tratamiento o dispositivo experimental/ investigativo o no convencional | Cargos incurridos después de que la Póliza se ha cancelado o la cobertura ha finalizado | Dispositivos de asistencia auditiva (ALDs, por sus siglas en inglés) | Tratamiento médico y/o quirúrgico de las estructuras internas o externas del oído | Dispositivos auditivos que no fueron recetados por un audiólogo o médico | Dispositivos o tapones protectores para el oído | Mantenimiento de dispositivos auditivos, incluyendo baterías, contratos de mantenimiento/servicio, ajustes y moldes para el oído. **Dientes perdidos, pero con la regla de no reemplazo:** La cobertura para la primera instalación de dentaduras postizas removibles; trabajo de puente fijo y otros servicios protésicos o de protodoncia de Tipo III están sujetos a los requisitos de dichas dentaduras postizas; el trabajo de puente fijo y otros servicios protésicos son (1) necesarios para reemplazar a uno o más dientes naturales que fueron extraídos mientras la Póliza estaba vigente para el asegurado, y (2) no son pilares para una dentadura postiza; puente removible; o puente fijo instalado durante los 8 años anteriores.

### Información sobre la cobertura:

**LA COBERTURA INICIA:** Una vez Chesapeake haya aprobado su solicitud y usted haya pagado su prima, la cobertura iniciará en la fecha que se muestra en el programa de la Póliza.

**RENOVABILIDAD:** Su Póliza es condicionalmente renovable. La renovación se puede rechazar según lo establecido en la sección de Cancelación de la Cobertura de la Póliza.

**CAMBIOS DE PRIMAS:** Chesapeake se reserva el derecho de cambiar la tabla de primas basado en la clasificación, que se venzan bajo la Póliza en cualquier momento y periódicamente; siempre que, Chesapeake le haya proporcionado un aviso por escrito de al menos 45 días antes de la fecha efectiva con respecto a las nuevas tarifas, y cualquier cambio de primas será aprobado por el Departamento de Seguros de Florida. Dicho cambio se hará basado en la clasificación. La prima para la Póliza se basa en la edad de emisión del asegurado al momento en el que la Póliza entre en vigor.

**CANCELACIÓN DE LA COBERTURA:** Su cobertura se cancelará y ningún beneficio será pagadero bajo la Póliza y cualquier anexo adjunto, si lo hubiere: | Al final del período en el cual la prima se ha pagado (sujeto al período de gracia) | al recibir su solicitud de cancelación | A partir de la fecha en la que usted presente un reclamo que contenga cualquier información falsa, incompleta o engañosa relacionada con cualquier hecho o cosa material para dicho reclamo, siempre que le demos un aviso escrito por lo menos 45 días antes de cancelar la cobertura | A partir de la fecha de entrada en vigencia de la Póliza, como si la cobertura nunca existió, en caso de que hechos materiales con respecto a la solicitud de la cobertura sean falsos, incompletos o engañosos, siempre que le demos un aviso escrito por lo menos 45 días antes de cancelar la cobertura | En la fecha que elijamos para discontinuar este plan o tipo de cobertura, Chesapeake le dará un aviso por los menos 90 días antes de la fecha en la que la cobertura será discontinuada. Se le ofrecerá la opción de comprar cualquier tipo de cobertura similar que ofrezcamos independientemente de su estado de salud | En la fecha que elijamos para discontinuar todas las coberturas en su estado, Chesapeake les dará a usted y a la autoridad estatal adecuada un aviso por lo menos 180 días antes de la fecha en la que la cobertura será discontinuada | En la fecha en la que un asegurado ya no sea un residente permanente de los Estados Unidos. Si usted solicita la cancelación, le devolveremos oportunamente la parte no utilizada de la prima pagada. La parte no utilizada será estimada por medio de una base prorrateada. La cancelación se hará sin perjuicio de cualquier reclamo que se origine antes de la fecha de entrada en vigencia de la cancelación.

# Enfrente los desafíos de la vida

con el portafolio de productos de seguro de vida y  
suplementarios de SureBridge

**Accidente | Dental | Discapacidad | Indemnización Fija  
Enfermedad | Vida | Metal Gap | De la vista**

**SureBridgeInsurance.com**  
**(800) 815-8535**

Entre semana de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. en todas las zonas horarias.



**SureBridge**<sup>®</sup>  
Underwritten by  
**The Chesapeake Life Insurance Company**<sup>®</sup>

## Acerca de nosotros

SureBridge es una de las marcas líderes de cobertura de seguro suplementaria en los Estados Unidos, que ayuda a brindar seguridad financiera a los estadounidenses de todas las edades y sus familias. Nuestro portafolio integral de productos está disponible por medio de agentes de seguros autorizados en 46 estados y en el Distrito de Columbia y a través de HealthMarkets Insurance Agency Inc.; así como, a través de otros distribuidores de seguros no afiliados. Los dueños de póliza de SureBridge pueden recibir beneficios directos en efectivo para gastos ocasionados por problemas médicos inesperados, enfermedades constantes y desafíos al final de la vida.

El portafolio de SureBridge incluye planes de seguro dental, de la vista y otros que complementan el seguro médico de una persona. Estos planes ayudan a proporcionar una capa adicional de protección en caso de lesión accidental, enfermedad catastrófica, hospitalización o cáncer.

SureBridge<sup>®</sup> es una marca registrada utilizada tanto para productos que son y no son de seguros, ofrecidos por subsidiarias de HealthMarkets, Inc. Los productos de seguro de vida y suplementarios son suscritos por The Chesapeake Life Insurance Company<sup>®</sup>. Las oficinas administrativas están ubicadas en North Richland Hills, TX. Los productos son comercializados a través de agentes/productores independientes. La disponibilidad de los productos de seguro puede variar según el estado.