

# Resumen de beneficios Delta Delta Premier



Delta Dental of Oregon & Alaska

City of Hillsboro

Numero de Grupo: 10016992

Costos por año calendario	
Máximo anual, por miembro (Clase 2 y Clase 3)	\$2,000
Deducible por año calendario, por miembro	\$0
Clase 1 (Estos servicios no se aplican al máximo del año calendario)	
Exámenes y radiografías	
Profilaxis (limpiezas) y mantenimiento periodontal	*1º año - 70%
Sellantes dentales	2º año - 80%
Conservadores de espacio	3º año - 90%
Aplicación tópica de fluoruro	4º año - 100%
Clase 2	
Empastes reconstituyentes	*1º año - 70%
Cirugía maxilofacial (extracciones y determinados procedimientos quirúrgicos menores)	2º año - 80%
Endodoncia (tratamiento de dientes con nervios infectados o dañados)	3º año - 90%
Periodoncia (tratamiento de enfermedades de las encías y estructuras de apoyo de los dientes)	4º año - 100%
Clase 3	
Implantes	50%
Coronas y restauraciones en molde	50%
Dentaduras postizas y puentes (construcción o reparación de puentes fijos, dentaduras postizas parciales y totales)	50%

\* Bajo este plan, los beneficios aumentan en un 10% cada año de elegibilidad siempre que el individuo haya visitado al dentista al menos una vez durante el año. Si no hacerlo, se hará una reducción del 10% de los beneficios del año siguiente, aunque el beneficio nunca caerá por debajo del 70%.

Esté es solo un resumen de beneficios. Para una descripción más detallada del beneficio, consulte su manual de miembros.

## Cómo utilizar este plan dental

Cuando visite a su proveedor dental, dígame que es miembro de Delta Dental.

### Cuando el miembro visite a un:

#### Dentista Premier de Delta Dental:

Los miembros no son responsables de pagar saldos (no se les cargará la diferencia entre el monto facturado por el dentista y la cantidad negociada con Delta Dental).

#### Dentista no participantes:

Es posible que los miembros sean responsables de pagar la diferencia entre los cargos de facturación del dentista y la cantidad máxima permitida para dentistas no participantes.



Delta Dental of Oregon & Alaska

## Limitaciones

Si se realiza un tratamiento más costoso del que es funcionalmente suficiente, el plan de Oregon Delta Dental pagará el porcentaje aplicable de la asignación máxima del plan para el tratamiento menos costoso.

### Atención preventiva (servicios de clase I)

- **Atención de diagnóstico.** Diagnósticos de rutina o exámenes o consultas integrales cubiertos se limitan a una vez cada seis (6) meses. Las radiografías de aleta de mordida complementarias se cubren una vez en cualquier periodo de 12 meses. Las radiografías de serie completa o una placa panorámica se cubren una vez en cualquier periodo de 5 años.
- **Atención preventiva.** La profilaxis (limpieza) o mantenimiento periodontal se limita a una vez cada seis (6) meses. Se cubre la aplicación tópica de fluoruro una vez cada seis (6) meses para miembros de 19 años de edad o menores. Para los miembros de 19 años de edad o mayores, se cubre la aplicación tópica de fluoruro una vez por cada periodo de seis (6) meses al existir antecedentes de enfermedad periodontal o un alto riesgo de caries. Los beneficios de aplicación de selladores se limitan a las superficies oclusales sin restaurar de los molares permanentes. Los beneficios se limitarán a un sellador por diente durante cualquier período de cinco (5) años.

### Atención básica (servicios de clase II)

- **Cirugía maxilofacial.** Se limita a extracciones y otros procedimientos quirúrgicos menores.
- **Servicios reconstituyentes.** Amalgam y rellenos compuestos están cubiertos para todos los dientes. No se cubren cargos extra por anestesia general o sedantes por vía intravenosa (i.v.) cuando se utilicen para procedimientos no quirúrgicos.
- **Servicios de periodoncia.** La eliminación de sarro periodontal y el alisamiento radicular se limitan a una vez por cuadrante en cualquier período de 2 años.

### Atención especial (servicios de clase III)

- **Los implantes** y la extracción de los implantes están limitados a una vez de por vida por espacio dentario. Se cubre una corona sobre un implante una vez de por vida.
- **Servicios reconstituyentes.** Si se utiliza un empaste dental de color para arreglar dientes posteriores, los beneficios se limitan al importe que se paga por un empaste de amalgama de plata. Usted debe pagar la diferencia. Las restauraciones en molde (inclusive los pónicos) se cubren una vez en un periodo de siete (7) años en cualquiera de los dientes.
- **Mantenimiento de prótesis.** Se cubrirá un puente o dentadura postiza (completa o parcial, inclusive beneficios alternos) una vez en un periodo de siete (7) años sólo en el caso de que el diente, el sitio del diente o los dientes en cuestión no hayan tenido el beneficio de restauración en molde durante los últimos siete (7) años. Las prótesis especializadas o personalizadas se limitan al costo de los dispositivos estándar.
- **Guardia Oclusal (guardia nocturna)** cubierta al 100% una vez en un período de cinco años, hasta \$ 150 máximo. Se excluyen los guardias nocturnos de venta libre.
- **Protector bucal atlético** cubierto al 50%, una vez en cualquier período de 12 meses para los miembros de 15 años o menos y una vez en cualquier período de 24 meses de edad de 16 y más. Se excluyen los protectores bucales atléticos de venta libre.

## Exclusiones

- Servicios cubiertos por la indemnización laboral o por las leyes de responsabilidad del empleador y servicios cubiertos por cualquier organismo federal, del estado, del condado, municipal o de otro tipo, excepto Medicaid.
- Servicios relativos a malformaciones congénitas o del desarrollo o por motivos estéticos que incluyen, entre otros, paladar leporino, malformaciones del maxilar superior y la mandíbula, hipoplasia del esmalte, fluorosis y alteración de la articulación temporomandibular.
- Servicios para reconstruir o conservar las superficies de masticación debido a dientes mal alineados o a oclusión o para estabilizar los dientes.
- Servicios que hayan comenzado antes de la fecha en que la persona obtuvo derecho a recibir los servicios de conformidad con el programa.
- Hipnosis, medicamentos recetados, medicamentos preliminares o analgesia (como por ejemplo óxido nitroso) o cualquier otro medicamento con efectos eufóricos.
- Costos hospitalarios u otros cargos extra cobrados por el dentista debido a que el paciente está hospitalizado.
- Anestesia general o sedantes por vía i.v. excepto cuando los administre un dentista junto con una cirugía bucal en su consultorio que esté cubierta.
- Control de placa e higiene bucal o instrucciones alimenticias.
- Procedimientos experimentales.
- Citas canceladas o perdidas.
- Aditamentos de precisión.
- Servicios por motivos estéticos.
- Las reclamaciones presentadas más de 12 meses después de la fecha del servicio no están cubiertas.
- Todos los demás servicios o suministros que no estén cubiertos específicamente.

Estos beneficios y las pólizas de Delta Dental of Oregon están sujetos a cambios para cumplir con los lineamientos estatales y federales. Este es un resumen de los beneficios del plan dental y no constituye un contrato. En caso de discrepancia entre la información en este resumen y el contrato, prevalecerá el contrato.

# Resumen de beneficios de ortodoncia



Delta Dental of Oregon & Alaska

City of Hillsboro

Numero de Grupo: 10016992

## Adulto y Niño Ortho 2000

Máximo de por vida \$2,000

### Monto del beneficio

Miembros Edades 19+ 50%

Miembros Edades 0-18 50%

Empleados elegibles y sus dependientes cubiertos

### Cómo utilizar este plan dental

Cuando visite al proveedor dental, dígame que es miembro de un programa Delta Dental.

### Predeterminación

Como un servicio para nuestros clientes, su clínica dental puede enviarle un plan de pretratamiento a Delta Dental en su nombre, y nosotros se lo mandaremos de regreso a ellos indicando la cantidad de dinero que estará cubierta por su plan antes de que usted prosiga con el tratamiento.

Estos beneficios y las pólizas de Delta Dental of Oregon están sujetos a cambios para cumplir con los lineamientos estatales y federales. Este es un resumen de los beneficios del plan dental y no constituye un contrato. En caso de discrepancia entre la información en este resumen y el contrato, prevalecerá el contrato.



Delta Dental of Oregon & Alaska