

# 2024 Tabla de beneficios del plan dental

Delta Dental Premier 1000	Lo que paga el de 0 a 18 años de edad	Lo que paga a partir de los 19 años de edad
Costos por año calendario		
Deducible por persona		\$50
Deducible por familia		\$150
Desembolso máximo		N/A
Límite máximo de pago del plan por año		\$1,000
Clase 1		
Exámenes y radiografías		0%
Limpiezas		0%
Mantenimiento periodontal		0%
Selladores		0%
Fluoruro tópico		0%
Clase 2 <sup>1</sup>		
Separadores		20% después del deducible
Empastes de restauración		20% después del deducible
Clase 3 <sup>2</sup>		
Cirugía bucal		50% después del deducible
Endodoncia		50% después del deducible
Periodoncia		50% después del deducible
Coronas de restauración		50% después del deducible
Puentes dentales		50% después del deducible
Dentaduras postizas parciales y completas		50% después del deducible
Anestesia		50% después del deducible
Ortodoncia		Sin cobertura
Características		
Red de proveedores		Delta Dental Premier
Facturación del saldo		Dentistas de la red de Delta Dental Premier: No Dentistas no participantes: Sí

<sup>1</sup> Período de exclusión de 6 meses si el miembro no tuvo cobertura dental previa durante un año, con un intervalo que no supere los 90 días entre la fecha de cese de la póliza anterior y la fecha de entrada en vigor de la póliza de Delta Dental para 2024.

<sup>2</sup> Período de exclusión de 12 meses si el miembro no tuvo cobertura dental previa durante un año, con un intervalo que no supere 90 días entre la fecha de cese de la póliza anterior y la fecha de entrada en vigor de la póliza de Delta Dental para 2024.

## Limitaciones

### Clase 1

- Una radiografía de mordida cada 12 meses.
- Un examen cada 6 meses.
- Una aplicación de fluoruro cada 6 meses para miembros menores de 19 años y cada 12 meses si hay un registro reciente de una cirugía periodontal, o bien un riesgo alto de caries debido a enfermedades, quimioterapia u otro tipo de tratamiento similar para miembros a partir de los 19 años.
- Una radiografía panorámica o de boca completa cada 5 años.
- Dos administraciones de tratamiento provisional con medicamentos para inhibir las caries por diente por año (muchas restauraciones no están cubiertas dentro de los 2 meses posteriores a la administración de medicamentos para inhibir las caries).
- Un tratamiento de mantenimiento periodontal o una profilaxis (limpieza) dental cada 6 meses. El mantenimiento periodontal adicional se cubre para miembros con enfermedad periodontal, hasta un máximo total de 2 mantenimientos periodontales adicionales por año.
- La colocación de selladores se limita a las superficies oclusales no restauradas de molares permanentes; una vez por diente cada 5 años, excepto que haya pruebas de un fracaso clínico.

### Clases 2 y 3

- Un protector bucal deportivo cubierto cada 12 meses para miembros de hasta 15 años y cada 2 años para miembros de 16 en adelante.
- Un puente cada 7 años.
- Coronas y otras restauraciones coladas cada 7 años.
- Un desbridamiento de toda la boca cada 2 años. Para los miembros mayores de 19, es requisito no haberse realizado una limpieza en los últimos 2 años.
- Una dentadura postiza cada 7 años para miembros mayores de 16 años.
- Sedación intravenosa o anestesia general solo para intervenciones quirúrgicas en el consultorio dental cubiertas o cuando son necesarias debido a alguna enfermedad concurrente.
- Se cubre un protector bucal nocturno (protector oclusal) al 100 % cada 5 años, hasta un máximo de \$200.
- Se cubre un procedimiento de cirugía periodontal cada 3 años cuando lo realiza el mismo dentista en el mismo sitio.
- La colocación de coronas de porcelana en dientes posteriores se limita al importe de una corona de metal completa.
- Una limadura de raíces por cuadrante cada 2 años.
- Un mantenedor de espacio por cada espacio. Sin cobertura para dientes incisivos primarios, para dientes permanentes faltantes ni para miembros mayores de 14 años.

## Exclusiones

- Anestésicos, analgésicos, hipnosis, óxido nitroso y la mayoría de los medicamentos.
- Cargos que superen el monto máximo permitido del plan.
- Odontograma, incluidas las fichas periodontal y gnatológica.
- Malformaciones congénitas o del desarrollo.
- Servicios cosméticos.
- Duplicación y lectura de radiografías o registros.
- Tratamientos experimentales o en investigación.
- Costos hospitalarios y otras tarifas por el cuidado en el hogar o en un centro.
- Implantes.
- Instrucciones o capacitaciones, incluidas aquellas para el control de la placa y la higiene bucal o las instrucciones sobre la alimentación.
- Ortodoncia.
- Protectores bucales deportivos y nocturnos de venta libre.
- Reconstrucción o mantenimiento de las superficies de masticación (desalineación o maloclusión) o estabilización de los dientes.
- Autotratamiento.
- Servicios o suministros disponibles en virtud de cualquier ley del país, del estado, de la ciudad o del condado, excepto Medicaid.
- Servicios de traducción o lenguaje de señas; no se cubren como cargos por separado.
- Trastorno de la articulación temporomandibular.
- Tratamientos antes de que comience la cobertura o después de que esta finalice.
- Tratamientos innecesarios desde el punto de vista dental.
- 

Estos beneficios y las pólizas de Delta Dental plan of Oregon están sujetos a modificaciones para cumplir con las pautas estatales y federales. Este documento brinda un resumen de los diferentes planes dentales y no constituye un contrato. En caso de discrepancia entre los resúmenes y el contrato, prevalecerá el contrato.