

# Resumen de beneficios del plan Delta Dental PPO para 2024



Delta Dental of Oregon & Alaska

## Bend Chamber of Commerce

### Plan Delta Dental PPO #2 - Plan Mid (Preventive First)

	Proveedor de PPO	Proveedor de Premier	Proveedor fuera de la red no participante
<b>Costos por año calendario</b>			
Máximo por año calendario, por miembro (Clase 2 y Clase 3)	\$1,000	\$1,000	\$1,000
Deducible por año calendario, por miembro	\$0	\$50	\$50
Deducible por año calendario, por familia	\$0	\$150	\$150
<b>Clase 1* (Estos servicios no se aplican al máximo del año calendario)</b>			
Exámenes periódicos/radiografías	100 %	100 %	100 %
Profilaxis dental (limpieza)/mantenimiento periodontal	100 %	100 %	100 %
Selladores	100 %	100 %	100 %
Mantenedores de espacio	100 %	100 %	100 %
Aplicación tópica de fluoruro	100 %	100 %	100 %
<b>Clase 2</b>			
Rellenos para restauración dental	80 %	80 %	80 %
Cirugía oral (extracciones y ciertas intervenciones quirúrgicas menores)	80 %	80 %	80 %
Endodoncia (tratamiento de un diente con nervios afectados o dañados)	80 %	80 %	80 %
Periodoncia (tratamiento de las enfermedades de las encías y estructuras de apoyo de los dientes)	80 %	80 %	80 %
<b>Clase 3</b>			
Implantes	50 %	50 %	50 %
Coronas y otras restauraciones coladas	50 %	50 %	50 %
Dentaduras postizas y puentes (construcción o reparación de puentes fijos y dentaduras postizas parciales y completas)	50 %	50 %	50 %

\* Sin deducible para servicios preventivos cuando visite un proveedor PPO o Premier.

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

#### Cómo usar este plan dental

Para obtener los beneficios dentro de la red, los miembros eligen a un dentista de Delta Dental PPO del directorio, disponible en nuestro sitio web, [www.DeltaDentalOR.com](http://www.DeltaDentalOR.com). Cada miembro de la familia puede elegir a un dentista diferente. Si recibe atención de un proveedor dental que no pertenece a la red de Delta Dental PPO, se aplican los niveles de cobertura fuera de la red.

#### Cuando el miembro visita a:

##### Dentistas de la red de Delta Dental PPO:

Los beneficios se pagan al nivel de beneficios de la red PPO. Se eximirá a los miembros de la facturación de saldo (no se les facturará la diferencia entre el cargo facturado por el dentista y la tarifa de Delta Dental).

##### Dentistas de la red de Delta Dental Premier:

Los beneficios se pagan al nivel de beneficios de la red Premier. Se eximirá a los miembros de la facturación de saldo (no se les facturará la diferencia entre el cargo facturado por el dentista y la tarifa negociada de Delta Dental).

##### Dentistas no participantes:

Los beneficios se pagan al nivel de beneficios fuera de la red. Es posible que los miembros deban pagar la diferencia entre el cargo facturado por el dentista y el monto permitido para proveedores no participantes.



Delta Dental of Oregon & Alaska

## Limitaciones

Si se lleva a cabo un tratamiento más costoso que uno funcionalmente adecuado, Delta Dental Plan of Oregon pagará el porcentaje aplicable del monto máximo permitido del plan del tratamiento menos costoso.

### Servicios preventivos (Clase 1)

- **De diagnóstico:** Se cubren exámenes o consultas integrales o de rutina una vez cada 6 meses. Las radiografías de mordida adicionales se cubren una vez cada 12 meses. Las series radiográficas completas o una placa panorámica se cubren una vez cada 5 años.
- **Preventivos:** Un tratamiento de mantenimiento periodontal o una profilaxis dental (limpieza) cada 6 meses (cobertura de mantenimiento periodontal adicional para miembros con enfermedad periodontal, hasta un máximo total de 2 mantenimientos periodontales adicionales por año). La aplicación tópica de fluoruro se cubre una vez cada 6 meses para miembros de hasta 19 años. A partir de los 19 años, la aplicación tópica de fluoruro se cubre una vez cada 6 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. El beneficio de colocación de selladores se limita a las superficies oclusales no restauradas de molares permanentes. El beneficio se limitará a un sellado por diente cada 5 años, excepto que haya pruebas de un fracaso clínico.

### Servicios básicos (Clase 2)

- **Cirugía oral:** Se limita a extracciones y otras intervenciones quirúrgicas menores.
- **Servicios reconstructivos:** Las amalgamas y los rellenos de resina compuesta están cubiertos para todos los dientes. No se cubren cargos por separado de anestesia general o sedación intravenosa.
- **Servicios de periodoncia:** Una limadura de raíces por cuadrante cada 2 años.

### Servicios complejos (Clase 3)

- **Implantes:** La colocación y extracción de estos se limitan a una vez de por vida por espacio de diente. La cobertura de la corona sobre el implante se limita a una vez de por vida para el implante.
- **Servicios reconstructivos:** Las restauraciones coladas (incluidos los púnticos) se cubren una vez cada 7 años en todos los dientes.
- **Servicios de prostodoncia:** Se cubre un puente o una dentadura postiza parcial o completa (incluidos los beneficios alternativos) una vez cada 7 años solo si en este tiempo no se realizó una restauración colada en el diente, el espacio dentario o los dientes involucrados. Las prótesis especiales o personalizadas se limitan al costo de los dispositivos estándar.
- **Protector oclusal:** Se cubre un protector bucal nocturno al 100 % cada 5 años, hasta un máximo de \$200. Se excluyen los protectores nocturnos de venta libre.
- **Protector bucal deportivo:** Se cubre al 50 % cada 12 meses para miembros de hasta 15 años y cada 24 meses a partir de los 16 años. Se excluyen los protectores bucales deportivos de venta libre.

## Exclusiones

- Servicios cubiertos en virtud de la indemnización laboral o las leyes de responsabilidad de los empleadores, y servicios cubiertos en virtud de organismos federales, estatales, municipales, del condado u otros organismos gubernamentales, excepto Medicaid.
- Servicios relacionados con malformaciones congénitas (hereditarias) o del desarrollo (luego del nacimiento) o con motivos cosméticos, como paladar hendido, malformaciones del maxilar superior e inferior, hipoplasia del esmalte (falta de desarrollo), fluorosis y alteración de la articulación temporomandibular.
- Servicios de reconstrucción o mantenimiento de las superficies de masticación debido a desalineación o maloclusión de los dientes, o de estabilización de los dientes, excepto en el caso de protectores oclusales.
- Servicios que hayan comenzado antes de la fecha en que el individuo cumplió con los requisitos para recibirlos en virtud del programa.
- Hipnosis, medicamentos con receta, premedicaciones o analgesia (como óxido nítrico) o cualquier otro medicamento euforizante.
- Costos hospitalarios y otras tarifas adicionales cobradas por el dentista debido a que el paciente está internado.
- Anestesia general o sedación intravenosa, excepto cuando es administrada por un dentista, en combinación con una cirugía oral cubierta en el consultorio de este.
- Control de la placa e higiene bucal, o instrucciones sobre la alimentación.
- Tratamientos en investigación.
- Citas perdidas o canceladas.
- Accesorios de precisión.
- Servicios de ortodoncia (excepto si se incluye una cláusula adicional sobre ortodoncia).
- Servicios por motivos cosméticos.
- Reclamos presentados más de 12 meses después de la fecha del servicio: sin cobertura.
- Todos los demás servicios o suministros: no expresamente cubiertos.

Este es un resumen de los beneficios del plan dental y no constituye un contrato. En caso de discrepancia entre la información de este resumen y el contrato, prevalecerá el contrato. Planes dentales en Oregón brindados por Oregon Dental Service, que opera bajo el nombre comercial Delta Dental Plan of Oregon. Delta Dental es una marca registrada de Delta Dental Plans Associations.

