

# Resumen de beneficios del plan Delta Dental PPO para 2027



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>Beneficio máximo anual**</b>                                                                                        |                  |                      |                                           |
| Por miembro                                                                                                            | \$1,000          | \$1,000              | \$1,000                                   |
| <b>Deducible</b>                                                                                                       |                  |                      |                                           |
| Por miembro                                                                                                            | \$0              | \$50                 | \$50                                      |
| Por familia                                                                                                            | \$0              | \$150                | \$150                                     |
| <b>Clase 1*</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 para todos los proveedores.

\*\* La atención preventiva, a excepción de las radiografías de haz cónico, no se acumula con respecto al máximo anual.

**Este documento es solo un resumen de beneficios. Para obtener una descripción más detallada de los beneficios, consulte el manual para 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)

- **Servicios de diagnóstico:** Los exámenes o consultas integrales o de rutina se cubren dos veces por año calendario. 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.
- **Servicios preventivos:** La profilaxis dental (limpieza) o el tratamiento de mantenimiento periodontal se cubren dos veces por año calendario. El mantenimiento periodontal adicional se cubre para miembros con enfermedad periodontal, hasta un máximo total de 2 mantenimientos periodontales adicionales por año. La aplicación tópica de fluoruro se cubre dos veces por año calendario para miembros de hasta 19 años. Para los miembros a partir de los 19 años, la aplicación tópica de fluoruro se cubre dos veces por año calendario 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 limita a un sellado por diente cada 5 años.

### 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 cuando se utilizan para procedimientos no quirúrgicos.
- **Servicios de periodoncia:** Se cubre una limadura de raíces por cuadrante cada 2 años.

### Servicios complejos (Clase 3)

- **Implantes:** La colocación y extracción de implantes se limita 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 pónicos) se cubren una vez cada 7 años en cualquier diente.
- **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 no se realizó una restauración colada en el diente, en el espacio dentario o en los dientes involucrados en los últimos 7 años. Las prótesis especiales o personalizadas se limitan al costo de los dispositivos estándar.
- **Se cubre un protector bucal nocturno (protector oclusal)** al 100 % cada 5 años, hasta un máximo de \$200. Se excluyen los protectores nocturnos de venta libre.
- **Se cubre un protector bucal deportivo** cada 12 meses para miembros de hasta 15 años y cada 2 años para miembros de 16 en adelante. 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 Oregon 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.

