

2024 Tabla de beneficios del plan dental

Delta Dental PPO Bright Smiles	Lo que paga de 0 a 18 años de edad		Lo que paga a partir de los 19 años de edad	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Costos por año calendario				
Deducible por persona	\$0			
Deducible por familia	\$0			
Desembolso máximo (menores de 19 años de edad)	\$400 por un solo miembro/\$800 por dos o más miembros (solo dentro de la red)			
Límite máximo de pago del plan por año (a partir de los 19 años de edad)	n/a			
Clase 1				
Exámenes y radiografías	0%	40%	Sin cobertura	
Limpiezas	0%	40%	Sin cobertura	
Mantenimiento periodontal	0%	40%	Sin cobertura	
Selladores	0%	40%	Sin cobertura	
Fluoruro tópico	0%	40%	Sin cobertura	
Clase 2				
Separadores	75%	75%	Sin cobertura	
Empastes de restauración	75%	75%	Sin cobertura	
Clase 3				
Cirugía bucal	75%	75%	Sin cobertura	
Endodoncia	75%	75%	Sin cobertura	
Periodoncia	75%	75%	Sin cobertura	
Coronas de restauración	75%	75%	Sin cobertura	
Puentes dentales	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	
Dentaduras postizas parciales y completas	75%	75%	Sin cobertura	
Anestesia	75%	75%	Sin cobertura	
Ortodoncia ¹	75%	75%	Sin cobertura	
Características				
Red de proveedores	Delta Dental PPO	Todos los demás proveedores	Todos los demás proveedores	
Facturación del saldo	Red de Delta Dental PPO: No	Red de Delta Dental Premier: No No participantes: Sí	Red de Delta Dental Premier: No No participantes: Sí	

¹ Solo se cubre la ortodoncia médicamente necesaria para el tratamiento de paladar hendido.

Limitaciones

Clase 1

- Una radiografía de mordida cada 12 meses.
- Un examen cada 6 meses.
- Una aplicación de fluoruro cada 6 meses.
- 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.
- 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

- Los protectores bucales deportivos tienen cobertura cada 12 meses para miembros de hasta 15 años y cada 2 años para miembros de 16 a 18 años.
- Coronas y otras restauraciones coladas cada 7 años, máximo de 4 coronas cada 7 años.
- Una corona sobre implante de por vida por diente.
- Una dentadura postiza cada 7 años para miembros de 16 a 18 años.
- Sedación intravenosa o anestesia general solo para intervenciones quirúrgicas o cuando son necesarias debido a enfermedades concurrentes. Anestesia oral solo durante un procedimiento en el consultorio.
- Se cubre un protector bucal nocturno (protector oclusal) al 100 % cada 5 años, hasta un máximo de \$200.
- 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.

Exclusiones

- Todos los servicios para miembros de 19 años en adelante.
- Anestésicos, analgésicos, hipnosis y la mayoría de los medicamentos, excepto el óxido nítrico.
- 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, excepto por cuidado de emergencia.
- Implantes.
- Instrucciones o capacitaciones, incluidas aquellas para el control de la placa y la higiene bucal o las instrucciones sobre la alimentación.
- Ortodoncia, excepto para el tratamiento del paladar hendido.
- 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.