

2025 Tabla de beneficios del plan dental

| Delta Dental Premier 1000 | Para todas las edades, lo que paga usted |
|---|---|
| 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 2¹ | |
| Separadores | 20% después del deducible |
| Empastes de restauración | 20% después del deducible |
| Clase 3² | |
| 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 | Red de Delta Dental Premier Dentro de la red: Dentistas de Delta Dental Premier Fuera de la red: Dentistas no participantes |
| Facturación del saldo | Dentistas de la red de Delta Dental Premier: No Dentistas no participantes: Sí |

¹ 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 nueva póliza de Delta Dental.

² 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 nueva póliza de Delta Dental.

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.

Clase 2 y Clase 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.
- Una corona sobre implante cada de por vida por diente.
- 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, salvo los beneficios para discapacidades intelectuales o del desarrollo.
- 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, salvo lo cubierto según los beneficios para discapacidades intelectuales o del desarrollo.
- 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 cambios para cumplir con los lineamientos estatales y federales. En este documento se ofrecen resúmenes de varios planes dentales y no es un contrato. En caso de discrepancia entre los resúmenes y el contrato, prevalecerá el contrato. Planes dentales en Oregon brindados por Delta Dental Plan of Oregon. Delta Dental es una marca registrada de Delta Dental Plans Association.