



# Voluntary PPO Dental Plan

University of Denver -- Group # 8826-0100  
Plan Enhanced

<b>Máximo para el año calendario</b>	\$50 - Individual \$150 - Familia	Aplica a los servicios de Tipo 2 & 3 únicamente
<b>Deducible de Año Calendario</b>	\$1,500	Por individuo
<b>Ortodoncia máximo de por vida</b>	\$1,500	Por individuo
<b>¿A quién cubre?</b>	Empleado, cónyuge, niños dependientes hasta los 26 años y parejas de hecho elegibles para tanto cobertura dental como ortodoncia	

Red	Delta Dental: Dentista PPO <sup>SM</sup>	Delta Dental: Dentista Premier <sup>®</sup>	Límites de los beneficios
<b>Tipo 1: Servicios preventivos</b>			
Exámenes orales y limpiezas	100%	100%	Limitado a 1 evaluación en un período de 6 meses
Selladores	100%	100%	Uno por diente en un periodo de 36 meses hasta los 15 años – para los primeros y segundos molares permanentes sin deterioro
Rayos X de aletas de mordida	100%	100%	Una vez en un período de 12 meses
Rayos X completos de la boca.	100%	100%	Una vez en un período de 60 meses
Fluoruro	100%	100%	Un tratamiento en un período de 12 meses, hasta los 16 años de edad
Espaciadores	100%	100%	Para la pérdida prematura de los dientes de leche; únicamente para menores de 14 años de edad
<b>Tipo 2: Servicios básicos</b>			
Rellenos	80%	80%	Rellenos de amalgama en dientes delanteros, rellenos (blancos) de compuestos a base de resina en dientes posteriores únicamente
Cirugía oral (Extracciones)	80%	80%	La anestesia general es un beneficio cubierto exclusivamente con procedimientos de cirugía oral
Endodoncia y Periodoncia	80%	80%	
<b>Tipo 3: Servicios principales</b>			
Nueva base y recubrimiento de Dentadura	50%	50%	Seis meses después de la inserción inicial y luego una vez cada 36 meses
Restauración Especial	50%	50%	Incrustaciones e injertos
Coronas	50%	50%	Una vez por diente en un período de 84 meses
Dentadura postiza	50%	50%	Una vez en un período de 60 meses; no es beneficio para menores de 16 años
Trabajo de fijación de puente	50%	50%	Una vez en un período de 84 meses; no es beneficio para menores de 16 años
Implantes/TMJ	50%	50%	
<b>Tipo 4: Servicios de ortodoncia (aparatos)</b>			
Evaluación y/o tratamiento de ortodoncia	50%	50%	Evaluación completa de ortodoncia y/o tratamiento activo con ortodoncia

El porcentaje de los beneficios provistos por el PPO se limita a la Concesión Máxima del PPO.

El porcentaje de los beneficios provistos por el dentista Premier se limita a la Concesión Máxima del Plan Premier.

El porcentaje de los beneficios para proveedores no afiliados a la red se limita a la Concesión Máxima del Plan para proveedores no afiliados a la red.

**Usted es responsable de pagar la diferencia entre el honorario con descuento máximo del Plan para dentistas no afiliados a la red y el honorario total cobrado por el dentista.**

**Restricción de beneficios por inscripción tardía (se anula para aquellos que se hayan inscrito en fecha de o antes del 7/1/2012)**

No hay un periodo de inscripción abierta anual para el plan dental. Los que no se inscriban en el plan dental cuando son inicialmente elegibles o que

vuelvan a inscribirse serán considerados "suscriptores tardíos" y estarán sujetos a un período de espera de 6 meses en los Servicios Básicos y 12 meses en los Servicios Principales y Servicios de Ortodoncia. La definición de "Suscriptor Tardío" no aplica a aquellos cubiertos por otro plan dental de grupo que se inscribe dentro de los 31 días después de haber perdido la otra cobertura dental, y a niños que se han inscrito en cualquier aniversario anterior al 4° cumpleaños.

Aviso importante: Este formulario brinda sólo una descripción breve de los servicios cubiertos por su contrato y no enumera aquellos servicios limitados o excluidos de la cobertura. Su Folleto de Beneficios del Empleado ofrece una explicación más detallada de su cobertura, incluidas las limitaciones y exclusiones. Si existen diferencias entre este resumen de beneficios y el folleto de beneficios de su empleador, prevalecerá el folleto de beneficios.

DU-VPPOEnhanced-041012