

Máximo para el año calendario	\$1,000	Por persona; combinación de incluidos y no incluidos en la red
Deducible de Año Calendario	\$50 - Individual \$150 - Familia	Aplica a los servicios de Tipo 2 & 3 únicamente, combinación de incluidos y excluidos de la red
¿A quién cubre?	Empleado, cónyuge, niños dependientes hasta los 26 años y parejas de hecho elegibles para la cobertura	

De la Red	Delta Dental: Dentista PPO SM	Delta Dental: Dentista Premier [®]	Límites de los beneficios
Tipo 1: Servicios preventivos			
Exámenes orales y limpiezas	100%	80%	Limitado a 1 evaluación en un período de 6 meses
Selladores	100%	80%	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%	80%	Una vez en un período de 12 meses
Rayos X completos de la boca.	100%	80%	Una vez en un período de 60 meses
Fluoruro	100%	80%	Un tratamiento en un período de 12 meses, hasta los 16 años de edad
Espaciadores	100%	80%	Para la pérdida prematura de los dientes de leche; únicamente para menores de 14 años de edad
Tipo 2: Servicios básicos			
Rellenos	80%	50%	Rellenos de amalgama en dientes delanteros, rellenos (blancos) de compuestos a base de resina en dientes posteriores únicamente
Cirugía oral (Extracciones)	80%	50%	La anestesia general es un beneficio cubierto exclusivamente con procedimientos de cirugía oral
Endodoncia y Periodoncia	80%	50%	
Tipo 3: Servicios principales			
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%	Inscrustaciones 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%	

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 es de 80/50/50 y 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. 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.