

Este es sólo un resumen. Si desea obtener más detalles sobre la cobertura dental y los costos de este plan, comuníquese con nosotros al [Delta Dental of Washington Exchange Plans](#) o llamando al 1-888-899-3734.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué esto es importante |
|---|--|---|
| ¿De cuánto es el monto de la prima? | Adulto: \$ 36.52 Menor: \$ 50.90 | El monto de la prima es una tarifa mensual que debe pagar a su compañía de seguros para recibir seguro dental. |
| ¿Cuál es el deducible general? | Adulto: \$ 50 Menor: \$ 85 | Debe pagar todos los costos relacionados con los servicios cubiertos hasta alcanzar el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar los servicios cubiertos que reciba. Revise su póliza o su documento del plan para ver cuándo comienza el período del deducible (generalmente, pero no siempre, el 1 de enero). Vea la tabla que inicia en la en la página 2 para ver cuánto pagará por los servicios cubiertos después de que cubra el deducible. |
| ¿El deducible aplica a los servicios preventivos? | No | El deducible no aplica a exámenes preventivos, limpiezas y otros servicios preventivos. Vea la tabla que inicia en la en la página 2 para ver cuánto pagará por los servicios preventivos cubiertos. |
| ¿Hay un límite general a los gastos por cuenta propia en mi parte de los costos dentales? | Adulto: No Menor: Sí \$350 por 1 menor \$700 por 2 menores o más | El límite a los gastos por cuenta propia es la máxima cantidad que podría pagar durante el año de cobertura por su parte del costo de los servicios cubiertos. Este límite le ayuda a planear los gastos de su cuidado dental. |
| ¿Qué no está incluido en el límite de gastos por cuenta propia? | Primas, servicios no cubiertos. | Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el límite de pago por cuenta propia. |
| ¿Hay un límite anual general para lo que paga el plan? | Adulto: Sí, \$ 1000 Menor: No | No hay un límite anual general para lo que paga el plan para los menores. La tabla que inicia en la página 2 describe los límites para lo que paga el plan para cobertura de adultos y para otros servicios <i>específicos</i> cubiertos para menores. |
| ¿Quién está incluido en la red de proveedores del plan? | Vea Dentist Search o llame al 1-888-899-3734 para ver una lista de proveedores participantes. | Si utiliza un proveedor dentro de la red, este plan le pagará, de manera parcial o total, el costo de los servicios cubiertos. Esté enterado de que su dentista dentro de la red puede utilizar un proveedor que requiera gastos por cuenta propia (como un hospital) para algunos servicios. Los planes utilizan el término "dentro de la red", "preferido" o "participante" para referirse a los proveedores dentro de sus redes. Vea la tabla que inicia en la página 2 para ver cómo este plan le paga a diferentes tipos de proveedores. |
| ¿Necesito una derivación para consultar a un especialista? | No | Puede consultar al especialista que elija [con / sin] permiso de este plan. |
| ¿Necesito autorización previa antes de recibir ciertos servicios dentales? | Yes | Usted sí necesita llamar al plan al 1-888-899-3734 antes de recibir ciertos servicios dentales. Consulte su póliza o documento del plan para obtener información adicional. |
| ¿Hay servicios que este plan no cubre? | Sí. | Algunos de los servicios que no cubre este plan aparecen en la página 3. Consulte su póliza o documento del plan para obtener información adicional sobre los servicios excluidos. |

- **Los copagos** con cantidades fijas de dinero (por ejemplo, \$15) que usted paga por los servicios dentales cubiertos, generalmente en el momento del servicio.
- **El coaseguro**, que es diferente de los copagos, es *su* parte del costo de un servicio cubierto, calculado como un porcentaje del **monto permitido** para el servicio. Por ejemplo, si el **monto permitido** del plan es un procedimiento de restauración (por ejemplo, una corona) es de \$1,000, su pago de **coaseguro** del 20% sería de \$200. Esto podría cambiar si aún no ha cubierto su **deducible**.
- El monto que paga el plan por los servicios cubiertos se basa en el **monto permitido**. Si un **proveedor** fuera de la red le cobra más que el **monto permitido**, usted podría tener que pagar la diferencia. Por ejemplo, si un dentista fuera de la red cobra \$1,500 por una corona y el **monto permitido** es de \$1,000, usted podría tener que pagar los \$500 de diferencia. (Esto se llama **cobro de saldo**).
- Este plan puede animarlo a utilizar **proveedores** dentro de la red cobrándole **deducibles**, **copagos** y **coaseguros** más bajos.

| Tratamiento dental | Servicios que usted podría necesitar | Su costo si utiliza un proveedor dentro de la red | ¹ Su costo si utiliza un proveedor fuera de la red | Limitaciones y excepciones |
|--------------------|--------------------------------------|---|---|---|
| Chequeo de rutina | Exámenes | Adulto: 0% | 0% | 2 veces por período de beneficios |
| | | Menor: 0% | 0% | 2 veces por período de beneficios |
| | Limpiezas | Adulto: 0% | 0% | 2 veces por período de beneficios |
| | | Menor: 0% | 0% | 2 veces por período de beneficios |
| | Fluoruro | Adulto: 0% | 0% | 2 veces por período de beneficios |
| | | Menor: 0% | 0% | 2 veces por período de beneficios para mayores de seis años. 3 veces para menores de seis años. |
| | Selladores | Adulto: 0% | 0% | Cubierto en molares y premolares que no tienen empastes en la superficie de mordida, una vez por diente cada dos años a partir de la fecha del tratamiento. |
| | | Menor: 0% | 0% | Cubierto en molares y premolares que no tienen empastes en la superficie de mordida, una vez por diente cada dos años a partir de la fecha del tratamiento. |
| | Radiografías | Adulto: 0% | 0% | Las radiografías de mordida (dos o más imágenes) están cubiertas una vez por período de beneficios.. |

| | | | | |
|----------------------------|---------------|---------------------|--------------------------|---|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • La serie completa o las radiografías panorámicas están cubiertas una vez cada cinco años. • Si se toman radiografías como parte de una serie completa de radiografías para un procedimiento, no se cubrirá una serie completa para un procedimiento diferente hasta que haya pasado el período de cinco años. |
| | | Menor: 0% | 0% | <ul style="list-style-type: none"> • Una radiografía de ala de mordida por cada cuadrante cada 12 meses. • Las series completas o las radiografías panorámicas están cubiertas una vez cada tres años. • Las radiografías periapicales muestran todo el diente, desde la superficie de masticación hasta debajo de las encías hasta la punta de la raíz. Estos están cubiertos cuando son apropiados desde el punto de vista dental. |
| | Óxido nitroso | Adulto: No incluido | No incluido para adultos | No incluido |
| | | Menor: 30% | 30% | Puede usarse para sedación una vez al día. |
| Rellenar una caries | Amalgama | Adulto: 50% | 50% | La misma superficie en el mismo diente se cubre una vez cada dos años desde la fecha del tratamiento. |
| | | Menor: 30% | 30% | La misma superficie en el mismo diente se cubre una vez cada dos años desde la fecha del tratamiento. |
| | Compuesto | Adulto: 50% | 50% | La misma superficie en el mismo diente se cubre una vez cada dos |

| | | | | |
|--------------------------------|-----------------------|---------------------|--------------------------|--|
| | | Menor: 30% | 30% | años desde la fecha del tratamiento. La misma superficie en el mismo diente se cubre una vez cada dos años desde la fecha del tratamiento. |
| | Óxido nitroso | Adulto: No incluido | No incluido para adultos | No incluido |
| | | Menor: 30% | 30% | Puede usarse para sedación una vez al día. |
| Cuidado de restauración | Tratamiento de encías | Adulto: 50% | 50% | <ul style="list-style-type: none"> • El mantenimiento periodontal (de las encías) está cubierto solo si ha completado un tratamiento periodontal activo. • Cualquier combinación de profilaxis o mantenimiento periodontal está cubierta dos veces en un período de beneficios. • Se cubre la profilaxis o el mantenimiento periodontal adicional (hasta cuatro tratamientos combinados) si sus encías tienen lecturas de profundidad de bolsas de 5 mm o más |
| | | Menor: 30% | 30% | <ul style="list-style-type: none"> • El mantenimiento periodontal (de las encías) está cubierto solo si ha completado el tratamiento periodontal activo. • El mantenimiento periodontal se limita a una vez por cuadrante cada 12 meses. |
| | Coronas | Adulto: No incluido | No incluido para adultos | No incluido |
| | | Menor: 50% | 50% | <ul style="list-style-type: none"> • Las coronas y puentes de implantes están cubiertos una vez por diente cada siete años a partir de la fecha de colocación. • Las coronas permanentes están |

| | | | | |
|-------------------------------|----------------------|---------------------|--------------------------|--|
| | | | | <p>cubiertas para niños de 12 a 18 años, y solo una vez por diente cada cinco años a partir de la fecha del asiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> Las coronas que se usan para mantener las dentaduras postizas parciales removibles en su lugar no están cubiertas a menos que el diente califique para una corona por sí solo. |
| | Endodoncia | Adulto: No incluido | No incluido para adultos | No incluido |
| | | Menor: 30% | 30% | Cubierta para dientes anteriores, bicúspides y molares. |
| | Reemplazo de dientes | Adulto: No incluido | No incluido para adultos | No incluido |
| | | Menor: 50% | 50% | <p>Estos servicios de prostodoncia no están cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Coronas junto con sobredentaduras. Colocación quirúrgica o extracción de implantes. Aditamentos a implantes. |
| Extracción de dientes | Extracción | Adulto: No incluido | No incluido para adultos | No incluido |
| | | Menor: 30% | 30% | |
| Cirugía bucal avanzada | Cirugía bucal | Adulto: No incluido | No incluido para adultos | No incluido |
| | | Menor: 30% | 30% | <p>Estos servicios de cirugía oral no están cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Relleno de un orificio en la mandíbula después de la extracción de un diente o implante, llamado injerto de reemplazo óseo, para preservar la cresta. Injertos óseos de cualquier tipo en la mandíbula superior o inferior, a menos que sean necesarios para tratar la enfermedad periodontal (de las encías). |

| | | | | |
|---|-------------------------|---------------------|--------------------------|---|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Trasplantes de dientes: reimplantar o reubicar un diente en la mandíbula. • Generar empastes óseos: colocando materiales en un orificio en la mandíbula para que vuelva a crecer el hueso después de que se extrae un diente o implante. |
| Ortodoncia médicamente necesaria | Frenos | Adulto: No incluido | No incluido para adultos | No incluido |
| | | Menor: 50% | 50% | Los servicios de ortodoncia cosmética, como el enderezamiento de los dientes para una sonrisa más atractiva, no están cubiertos. Los servicios de ortodoncia médica deben tener autorización previa antes de realizar el tratamiento. |
| | Dispositivos removibles | Adulto: No incluido | No incluido para adultos | No incluido |
| | | Menor: 50% | 50% | El reemplazo o la reparación de retenedores de ortodoncia removibles o aparatos de ortodoncia no están cubiertos. Los servicios de ortodoncia médica deben tener autorización previa antes de realizar el tratamiento. |

1. Si prefiere un dentista que no participe en Delta Dental Networks, pagaremos nuestro% de coseguro por los servicios cubiertos hasta la tarifa máxima permitida para dentistas no participantes, o el cargo real, lo que sea menor. Como resultado, sus costos de desembolso personal pueden ser sustancialmente más altos si utiliza un dentista no participante que con un Delta Dental PPO más un dentista Premier. Usted será responsable del pago de cualquier saldo restante después de que se pague el beneficio del Delta Dental.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

Servicios que este plan NO cubre (Esta no es una lista exhaustiva. Consulte su póliza o documento del plan para ver otros servicios excluidos).

Frenos tradicionales, Servicios o suministros cosméticos, implante dental, Adulto coronas, Adulto canal raíz, Adulto reemplazo de dientes, Adulto dispositivos removibles, Adulto cirugía bucal avanzada.

Otros servicios cubiertos (Esta no es una lista exhaustiva. Consulte su póliza o documento del plan para ver otros servicios cubiertos).

La Lesión Accidental

Derecho a quejas y apelaciones

Si tiene una queja o está insatisfecho con una denegación de cobertura por reclamos a su plan, es posible que pueda apelar o presentar una queja. Si tiene preguntas sobre sus derechos, sobre esta notificación, o para recibir ayuda, puede ponerse en contacto con: 888-899-3734, o CustomerSupport@DeltaDentalCoversMe.com, o fax 800-807-1970

¿Esta cobertura proporciona una cobertura mínima esencial?

Este plan o póliza satisface los requisitos de valor mínimo y beneficios de la Ley de Cuidado Asequible para el beneficio de salud esencial de cuidado dental pediátrico.

¿Necesita más información sobre su cobertura dental? Visita DeltaDentalWA.com