

2027 Resumen de beneficios del plan Delta Dental

Delta Dental Premier 1000 Direct Only Non Certified Plan	Todas las edades, lo que paga usted
	Dentro de la red y fuera de la red
Costos por año calendario	
Deducible por persona	\$50
Deducible por familia	\$150
Desembolso máximo	NA
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 2 ¹	
Separadores	20% después del deducible
Empastes de restauración	20% después del deducible
Clase 3 ²	
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
Implantes	Sin cobertura
Anestesia	50% después del deducible
Ortodoncia	Sin cobertura
Características	
Red de proveedores	Delta Dental Premier Dentro de la red: Dentistas de Delta Dental Premier Fuera de la red: Dentistas no participantes
Facturación del saldo	Dentistas de Delta Dental Premier: No Dentistas no participantes: Yes

¹ Período de exclusión de 6 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.

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

- Radiografías de aleta de mordida una vez en un período de 12 meses
- Dos exámenes por año calendario
- Se cubre dos aplicaciones de fluoruro cada año calendario para miembros menores de 19 años; cada 12 meses para miembros de 19 en adelante 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
- 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 en los 2 meses posteriores a la administración de medicamentos para inhibir las caries
- La profilaxis o mantenimiento periodontal está cubierto dos veces por año calendario. 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

Clase 2 y Clase 3

- Los protectores bucales deportivos están cubiertos cada 12 meses para miembros de hasta 15 años y cada 2 años para aquellos de 16 años o más
- Los puentes y las dentaduras postizas se limitan a una vez cada 7 años
- Coronas y otras restauraciones coladas cada 7 años
- Sedación intravenosa o anestesia general solo para intervenciones quirúrgicas cubiertas que se realizan en el consultorio dental o cuando son necesarias debido a enfermedades concurrentes
- Se cubre un protector oclusal (protector bucal nocturno) al 100 % una vez al año para miembros de 13 a 18 años, y una vez cada 5 años al 100 %, con un máximo de \$200, para miembros de 19 en adelante
- Una limadura de raíces por cuadrante cada 2 años
- Un mantenedor de espacio por espacio. No se cubre la presencia de incisivos primarios, dientes permanentes faltantes o miembros de 19 años o mas

Exclusiones

- Anestésicos, analgésicos, óxido nitroso, hipnosis y medicamentos, excepto la sedación intravenosa o la anestesia general asociada a procedimientos quirúrgicos y cubierta bajo los beneficios para personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo
- Cargos que superen el monto de reembolso
- Odontograma, incluidas las fichas periodontal y gnatológica
- Malformaciones congénitas o del desarrollo
- Servicios cosméticos
- Duplicación y lectura de radiografías o registros
- Procedimientos experimentales o en investigación
- Costos hospitalarios y otras tarifas por el cuidado en el hogar o en un centro.
- Implantes dentales
- 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 (protectores oclusales) 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.
- Tratamiento de la ATM, incluyendo diagnóstico por imagen de haz cónico relacionado con la ATM
- 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 of Alaska 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 Alaska brindados por Delta Dental of Alaska. Delta Dental es una marca registrada de Delta Dental Plans Association.