

Delta Dental Premier 1000 Direct Only Non Certified Plan	Para 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: 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 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.

Limitaciones

Clase 1

- Una radiografía de mordida cada 12 meses.
- Dos exámenes por año calendario.
- Se cubre dos aplicaciones de fluoruro cada año calendario 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).
- 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, 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 de 16 años o más.
- 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.
- 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 de 14 años o más.

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.
- 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 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.