

Plan Dental Individual y Familiar

Resumen de la descripción del plan

Opciones del plan individual y familiar para Delta Dental Premier

Atención al cliente: 800-872-0500

Opciones de cobertura:		Opción 1	Opción 2
Máximo beneficios anuales		\$1,000	\$1,000
Ejemplos de servicios cubiertos		Opción 1	Opción 2
Preventivo (sin período de espera)		100%	100%
Servicios de diagnóstico Exámenes bucales (Una vez cada 6 meses) Radiografías panorámicas de la boca (Una vez cada 60 meses) Radiografía en oclusión (Una vez cada 6 meses) Radiografía de piezas individuales (Según sea necesario)			
Prevención Limpiezas (Limitadas a una cada seis meses) Limpieza periodontal (Una vez cada 3 meses después de un tratamiento periodontal activo. No se debe combinar con las limpiezas preventivas) Tratamientos con flúor (Limitados a 1 en un período de 6 meses, para menores de 19 años)			
Básico de restauración (un período de espera de seis meses puede ser aplicado)		80%	50%
Restauración Amalgamas plateadas (Una vez cada 24 meses por superficie y por diente) Amalgamas blancas (Una vez cada 24 meses por superficie y por diente en las piezas anteriores, únicamente una superficie en los dientes posteriores)			
Endodoncia Tratamiento de conducto			
Cirugía oral* Extracciones simples Extracciones quirúrgicas			
Periodoncia Cirugía periodontal Remoción de sarro y alisado radicular (Una vez en 24 meses, por cuadrante)			
*Los beneficios periodontales no se suministran cuando se practican en un hospital o una unidad de cirugía ambulatoria.			
Restauración extensa (un período de espera de doce meses puede ser aplicado)**		50%	40%
Prostodoncia Dentaduras postizas (Una vez en 60 meses) Puentes fijos y coronas, cuando forman parte de un puente (Una vez un 60 meses)			
Restauración extensa Coronas, cuando no es posible restaurar los dientes con las amalgamas regulares (Una vez en 60 meses por diente)			
**No hay beneficios disponibles para el reemplazo de dientes perdidos antes de la fecha de cobertura efectiva del miembro.			

Período de espera: Se aplica un período de espera de seis meses en los servicios de Tipo II y un período de espera de doce meses en el tipo de servicios Tipo III. El período de espera puede ser eliminado para los miembros de Delta Dental de Massachusetts, bajo circunstancias limitadas. Para que el período de espera pueda ser eliminado, su cobertura de un plan equivalente de Delta Dental de Massachusetts tendría que haber terminado no más de 60 días antes de la fecha de vigencia de su Plan Individual Premier. Un plan similar debe incluir la cobertura sustancialmente similar. Los miembros con un plan dental en-vigor (in-force) estará sujeto a los períodos de espera bajo esta póliza.

Deducible: Se aplica un deducible de \$50 por persona y de hasta \$150 por familia para los Servicios de Restauración Básica y Extensa.

Delta Dental of Massachusetts, 465 Medford Street, Boston, MA 02129 • www.deltadentalma.com

Concesionario independiente de la Asociación de Planes Delta Dental. *Marcas registradas de la Asociación de Planes Delta Dental. ©2017 DSM SP535 (2.17)