

2024 Resumen del Beneficio Delta Dental PPO



Delta Dental of Oregon & Alaska

Salem Health

Número de grupo: 10001832

Nombre del plan: Dental

	Proveedor PPO (dentro de la red)	Proveedor Premier (dentro de la red)	Proveedor no participante (Fuera de la red)
Costos año Calendario			
Máximo anual, por miembro (Clase 2 y Clase 3)		\$1,500	
Deducible por año calendario, por miembro		\$25	
Deducible por año calendario, por familia		\$75	
Clase 1* (Estos servicios no se aplican al máximo del año calendario)			
Exámenes y radiografías	100%	100%	100%
Profilaxis (limpiezas)	100%	100%	100%
Selladores	100%	100%	100%
Conservadores de espacio	100%	100%	100%
Fluoruro	100%	100%	100%
Clase 2			
Empastes reconstituyentes	80%	80%	80%
Cirugía maxilofacial (extracciones y determinados procedimientos quirúrgicos menores)	80%	80%	80%
Endodoncia (tratamiento de dientes con nervios enfermos o dañados)	80%	80%	80%
Periodoncia (tratamiento de enfermedades de las encías y estructuras de apoyo de los dientes)	80%	80%	80%
Clase 3			
Implantes	50%	50%	50%
Coronoas y restauraciones en molde	50%	50%	50%
Dentaduras postizas y puentes (construcción o reparación de puentes fijos, dentaduras postizas parciales y totales)	50%	50%	50%

* Los servicios preventivos están exentos de deducible.

Esté es solo un resumen de beneficios. Para una descripción más detallada del beneficio, consulte su manual de miembros.

Cómo utilizar este plan

Para los beneficios dentro de la red, los miembros escogen a un dentista del Directorio de profesionales preferenciales o del sitio web www.deltadentalor.com. Cada miembro de la familia puede escoger un dentista distinto.

Cuando el miembro visita a:

Dentistas PPO de Delta Dental:

Los beneficios se pagan al nivel de beneficios Dentro de la red. Los miembros no tienen responsabilidad alguna de la facturación del saldo por parte de los profesionales.

Dentista Premier de Delta Dental, no PPO:

Los beneficios se pagan al nivel de beneficios Dentro de la red. Los miembros no tienen responsabilidad alguna de la facturación del saldo por parte de los profesionales (no se les facturará la diferencia entre el honorario del dentista y el honorario negociado por Delta Dental).

Dentistas no participantes:

Los beneficios se pagan al nivel Fuera de la red. Es posible que los miembros sean responsables de la diferencia entre el honorario No preferencial y el honorario registrado de los dentistas o la Asignación máxima del plan, la cantidad que sea menos.

Limitaciones

Si se realiza un tratamiento más costoso que aquel que fuere suficiente, Delta Dental pagará el porcentaje pertinente de la asignación máxima del plan por el tratamiento menos costoso.

Atención preventiva (servicios de clase I)

- **Atención de diagnóstico.** Los exámenes habituales y las radiografías de aleta de mordida se limitan a dos veces al año. Las radiografías de aleta de mordida complementarias se cubren una vez al año. Las radiografías de serie completa o una placa panorámica se cubren una vez en cualquier periodo de 5 años.
- **Atención preventiva.** La profilaxis (limpieza) o mantenimiento periodontal se limita a dos veces al año. Se cubre la aplicación tópica de fluoruro dos veces al año para miembros de 18 años de edad o menores. Para los miembros de 19 años de edad o mayores, se cubre la aplicación tópica de fluoruro dos veces al año al existir antecedentes de enfermedad periodontal o un alto riesgo de caries. Los beneficios de aplicación de selladores se limitan a las superficies oclusales sin restaurar de los molares permanentes. Los beneficios se limitarán a un sellador por diente durante cualquier período de cinco (5) años.

Atención básica (servicios de clase II)

- **Cirugía maxilofacial.** Se limita a extracciones y otros procedimientos quirúrgicos menores.
- **Servicios reconstituyentes.** Amalgam y rellenos compuestos están cubiertos para todos los dientes. No se cubren cargos extra por anestesia general o sedantes por vía intravenosa (i.v.) cuando se utilicen para procedimientos no quirúrgicos.
- **Servicios de periodoncia.** La eliminación de sarro periodontal y el alisamiento radicular se limitan a una vez por cuadrante en cualquier período de 2 años.

Atención especial (servicios de clase III)

- **Los implantes** y la extracción de los implantes están limitados a una vez de por vida por espacio dentario. Se cubre una corona sobre un implante una vez de por vida.
- **Servicios reconstituyentes.** Las restauraciones en molde (inclusive los pónicos) se cubren una vez en un periodo de siete (7) años en cualquiera de los dientes.
- **Mantenimiento de prótesis.** Se cubrirá un puente o dentadura postiza (completa o parcial, inclusive beneficios alternos) una vez en un periodo de siete (7) años sólo en el caso de que el diente, el sitio del diente o los dientes en cuestión no hayan tenido el beneficio de restauración en molde durante los últimos siete (7) años. Las prótesis especializadas o personalizadas se limitan al costo de los dispositivos estándar.
- **Guardia Oclusal (guardia nocturna)** cubierta al 100% una vez en un período de cinco años, hasta \$200 máximo. Se excluyen los guardias nocturnos de venta libre.
- **Protector bucal atlético** cubierto al 50%, una vez en cualquier período de 12 meses para los miembros de 15 años o menos y una vez en cualquier período de 24 meses de edad de 16 y más. Se excluyen los protectores bucales atléticos de venta libre.

Exclusiones

- Servicios cubiertos por la indemnización laboral o por las leyes de responsabilidad del empleador y servicios cubiertos por cualquier organismo federal, del estado, del condado, municipal o de otro tipo, excepto Medicaid.
- Servicios relativos a malformaciones congénitas o del desarrollo o por motivos estéticos que incluyen, entre otros, paladar leporino, malformaciones del maxilar superior y la mandíbula, hipoplasia del esmalte, fluorosis y alteración de la articulación temporomandibular.
- Servicios para reconstruir o conservar las superficies de masticación debido a dientes mal alineados o a oclusión o para estabilizar los dientes.
- Servicios que hayan comenzado antes de la fecha en que la persona obtuvo derecho a recibir los servicios de conformidad con el programa.
- Hipnosis, medicamentos recetados, medicamentos preliminares o analgesia (como por ejemplo óxido nitroso) o cualquier otro medicamento con efectos eufóricos.
- Costos hospitalarios u otros cargos extra cobrados por el dentista debido a que el paciente está hospitalizado.
- Anestesia general o sedantes por vía i.v. excepto cuando los administre un dentista junto con una cirugía bucal en su consultorio que esté cubierta.
- Control de placa e higiene bucal o instrucciones alimenticias.
- Procedimientos experimentales.
- Citas canceladas o perdidas.
- Aditamentos de precisión.
- Servicios de ortodoncia.
- Servicios por motivos estéticos.
- Las reclamaciones presentadas más de 12 meses después de la fecha del servicio no están cubiertas.
- Todos los demás servicios o suministros que no estén cubiertos específicamente.

Nondiscrimination notice

We follow federal civil rights laws. We do not discriminate based on race, color, national origin, age, disability, gender identity, sex or sexual orientation.

We provide free services to people with disabilities so that they can communicate with us. These include sign language interpreters and other forms of communication.

If your first language is not English, we will give you free interpretation services and/or materials in other languages.

If you need any of the above, call Customer Service at:

888-217-2365 (TDD/TTY 711)

If you think we did not offer these services or discriminated, you can file a written complaint. Please mail or fax it to:

Delta Dental of Oregon and Alaska
Attention: Appeal Unit
601 SW Second Ave.
Portland, OR 97204
Fax: 503-412-4003

If you need help filing a complaint, please call Customer Service.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights at ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, or by mail or phone:

U.S. Department of Health
and Human Services
200 Independence Ave. SW, Room 509F
HHH Building, Washington, DC 20201
800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

You can get Office for Civil Rights complaint forms at hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Dave Nessler-Cass coordinates our nondiscrimination work:

Dave Nessler-Cass,
Chief Compliance Officer
601 SW Second Ave.
Portland, OR 97204
855-232-9111
compliance@modahealth.com

Dental plans in Oregon provided by Oregon Dental Service, dba Delta Dental Plan of Oregon. Dental plans in Alaska provided by Delta Dental of Alaska. 0569 (8/20)



ATENCIÓN: Si habla español, hay disponibles servicios de ayuda con el idioma sin costo alguno para usted. Llame al 1-877-605-3229 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho bạn. Gọi 1-877-605-3229 (TTY:711)

注意：如果您說中文，可得到免費語言幫助服務。請致電1-877-605-3229（聾啞人專用：711）

주의: 한국어로 무료 언어 지원 서비스를 이용하시려면 다음 연락처로 연락해주시기 바랍니다. 전화 1-877-605-3229 (TTY: 711)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, ang mga serbisyong tulong sa wika, ay walang bayad, at magagamit mo. Tumawag sa numerong 1-877-605-3229 (TTY: 711)

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فهناك خدمات مساعدة لغوية متاحة لك مجانًا. اتصل برقم (الهاتف النصي: 711) 1-877-605-3229

ہوتے ہیں تو لسانی (URDU) توجہ دیں: اگر آپ اردو اعانت آپ کے لیے بلا معاوضہ دستیاب ہے۔ 1-877-605-3229 (TTY: 711) پر کال کریں

ВНИМАНИЕ! Если Вы говорите по-русски, воспользуйтесь бесплатной языковой поддержкой. Позвоните по тел. 1-877-605-3229 (текстовый телефон: 711).

ATTENTION : si vous êtes locuteurs francophones, le service d'assistance linguistique gratuit est disponible. Appelez au 1-877-605-3229 (TTY : 711)

توجہ: در صورتی کہ بہ فارسی صحبت می کنید، خدمات ترجمہ بہ صورت رایگان برای شما موجود است. با (TTY: 711) 1-877-605-3229 تماس بگیرید.

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपको भाषाई सहायता बिना कोई पैसा दिए उपलब्ध है। 1-877-605-3229 पर कॉल करें (TTY: 711)

Achtung: Falls Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos Sprachassistentendienste zur Verfügung. Rufen sie 1-877-605-3229 (TTY: 711)

注意：日本語をご希望の方には、日本語サービスを無料で提供しております。1-877-605-3229（TTY、テレタイプライターをご利用の方は711）までお電話ください。

અગત્યનું: જો તમે (ભાષાંતર કરેલ ભાષા અહીં દર્શાવો) બોલો છો તો તે ભાષામાં તમારે માટે વિના મૂલ્યે સહાય ઉપલબ્ધ છે. 1-877-605-3229 (TTY: 711) પર કૉલ કરો

ໂປດຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາແມ່ນມີໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສັຍຄ່າ. ໂທ 1-877-605-3229 (TTY: 711)

УВАГА! Якщо ви говорите українською, для вас доступні безкоштовні консультації рідною мовою. Зателефонуйте 1-877-605-3229 (TTY: 711)

ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă punem la dispoziție serviciul de asistență lingvistică în mod gratuit. Sunați la 1-877-605-3229 (TTY 711)

THOV CEEB TOOM: Yog hais tias koj hais lus Hmoob, muaj cov kev pab cuam txhais lus, pub dawb rau koj. Hu rau 1-877-605-3229 (TTY: 711)

ត្រូវចងចាំ៖ បើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ ហើយត្រូវការសេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ គឺមានផ្តល់ជូនលោកអ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-605-3229 (TTY: 711)

HUBACHIISA: Yoo afaan Kshtik kan dubbattan ta'e tajaajiloonni gargaarsaa isiniif jira 1-877-605-3229 (TTY:711) tiin bilbilaa.

โปรดทราบ: หากคุณพูดภาษาไทย คุณจะสามารถใช้บริการช่วยเหลือด้านภาษาได้ฟรี โทร 1-877-605-3229 (TTY: 711)

FA'AUTAGIA: Afai e te tautala i le gagana Samoa, o loo avanoa fesoasoani tau gagana mo oe e le totogia. Vala'au i le 1-877-605-3229 (TTY: 711)

IPANGAG: Nu agsasaoka iti Ilocano, sidadaan ti tulong iti lengguahe para kenka nga awan bayadna. Umawag iti 1-877-605-3229 (TTY: 711)

UWAGA: Dla osób mówiących po polsku dostępna jest bezpłatna pomoc językowa. Zadzwoń: 1-877-605-3229 (obsługa TTY: 711)