Resumen de beneficios del plan Dental para 2027

Delta Dental of Oregon & Alaska

Salem Health

Número de grupo: 10001832

Plan Dental + Ortodoncia

	Proveedor de PPO	Proveedor de Premier	Proveedor fuera de la red no participante
Costos año calendario			
Máximo del año calendario, por miembro		$1,500	
Deducible por año calendario, por miembro		$25	
Deducible por año calendario, por familia		$75	
Clase 1*			
Exámenes periódicos/radiografías	100%	100%	100%
Profilaxis dental (limpieza)/mantenimiento periodontal	100%	100%	100%
Selladores	100%	100%	100%
Mantenedores de espacio	100%	100%	100%
Aplicación tópica de fluoruro	100%	100%	100%
Clase 2			
Rellenos para restauración dental	80%	80%	80%
Cirugía oral (extracciones y ciertas intervenciones quirúrgicas menores)	80%	80%	80%
Endodoncia (tratamiento de un diente con nervios afectados o dañados)	80%	80%	80%
Periodoncia (tratamiento de las enfermedades de las encías y estructuras de apoyo de los dientes)	80%	80%	80%
Clase 3			
Implantes	50%	50%	50%
Coronas y otras restauraciones coladas	50%	50%	50%
Dentaduras postizas y puentes (construcción o reparación de puentes fijos y dentaduras postizas parciales y completas)	50%	50%	50%
Ortodoncia*			
Servicios de ortodoncia para adultos y niños	50% hasta un máximo de por vida de $1,500		

* El deducible del plan no aplica a servicios de Clase 1 ni a Ortodoncia. Los cuidados preventivos distintos de las radiografías de haz cónico no se acumulan para el máximo annual.

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

Cómo usar este plan dental

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 de la red de Delta Dental PPO:
Los beneficios se pagan al nivel de beneficios de la red PPO. Se eximirá a los miembros de la facturación de saldo (no se les facturará la diferencia entre el cargo facturado por el dentista y la tarifa de Delta Dental).

Dentistas de la red de Delta Dental Premier:
Los beneficios se pagan al nivel de beneficios de la red Premier. Se eximirá a los miembros de la facturación de saldo (no se les facturará la diferencia entre el cargo facturado por el dentista y la tarifa negociada de Delta Dental).

Dentistas no participantes:
Los beneficios se pagan al nivel de beneficios fuera de la red. Es posible que los miembros deban pagar la diferencia entre el cargo facturado por el dentista y el monto permitido para proveedores no participantes.

Limitaciones

Si se lleva a cabo un tratamiento más costoso que uno funcionalmente adecuado, Delta Dental Plan of Oregon pagará el porcentaje aplicable del monto máximo permitido del plan del tratamiento menos costoso.

Servicios preventivos (Clase 1)

- **De diagnóstico:** se cubren exámenes o consultas integrales o de rutina a dos veces por 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
- **Preventivos:** 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 5 años.

Servicios básicos (Clase 2)

- **Cirugía oral:** Se limita a extracciones y otros procedimientos quirúrgicos menores.
- **Servicios reconstructivos:** Amalgam y rellenos compuestos estan 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

Servicios complejos (Clase 3)

- **Implantes:** La colocación y extracción de estos se limitan a una vez de por vida por espacio de diente. La cobertura de la corona sobre el implante se limita a una vez de por vida para el implante.
- **Servicios reconstructivos:** Las restauraciones coladas (incluidos los pónticos) se cubren una vez cada 7 años en todos los dientes.
- **Servicios de prostodoncia:** Se cubre un puente o una dentadura postiza parcial o completa (incluidos los beneficios alternativos) una vez cada 7 años solo si en este tiempo no se realizó una restauración colada en el diente, el espacio dentario o los dientes involucrados. Las prótesis especiales o personalizadas se limitan al costo de los dispositivos estándar.
- **Guardia Oclusal (guardia nocturna): C**ubierta al 100% una vez en un período de 5 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 protectors bucales atléticos de venta libre.

Exclusiones

- Servicios cubiertos en virtud de la indemnización laboral o las leyes de responsabilidad de los empleadores, y servicios cubiertos en virtud de organismos federales, estatales, municipales, del condado u otros organismos gubernamentales, excepto Medicaid.
- Servicios relacionados con malformaciones congénitas (hereditarias) o del desarrollo (luego del nacimiento) o con motivos cosméticos, como paladar hendido, malformaciones del maxilar superior e inferior, hipoplasia del esmalte (falta de desarrollo), fluorosis y alteración de la articulación temporomandibular.
- Servicios de reconstrucción o mantenimiento de las superficies de masticación debido a desalineación o maloclusión de los dientes, o de estabilización de los dientes, excepto en el caso de protectores oclusales.
- Servicios que hayan comenzado antes de la fecha en que el individuo cumplió con los requisitos para recibirlos en virtud del programa.
- Hipnosis, medicamentos con receta, premedicaciones o analgesia (como óxido nitroso) o cualquier otro medicamento euforizante.
- Costos hospitalarios y otras tarifas adicionales cobradas por el dentista debido a que el paciente está internado.
- Anestesia general o sedación intravenosa, excepto cuando es administrada por un dentista, en combinación con una cirugía oral cubierta en el consultorio de este.
- Control de la placa e higiene bucal, o instrucciones sobre la alimentación.
- Tratamientos en investigación.
- Citas perdidas o canceladas.
- Accesorios de precisión.
- Servicios por motivos cosméticos.
- Reclamos presentados más de 12 meses después de la fecha del servicio: sin cobertura.
- Todos los demás servicios o suministros: no expresamente cubiertos.

Este es un resumen de los beneficios del plan dental y no constituye un contrato. En caso de discrepancia entre la información de este resumen y el contrato, prevalecerá el contrato. Planes dentales en Oregón brindados por Oregon Dental Service, que opera bajo el nombre comercial Delta Dental Plan of Oregon.
Delta Dental es una marca registrada de Delta Dental Plans Associations.