

2025 Tabla de beneficios del plan dental

Delta Dental PPO Bright Smiles	Lo que paga de 0 a 18 años de edad		Lo que paga a partir de los 19 años de edad	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Costos por año calendario				
Deducible por persona	\$0			
Deducible por familia	\$0			
Desembolso máximo	\$425 por un solo miembro/\$850 por dos o más miembros (solo dentro de la red)			
Límite máximo de pago del plan por año	Ninguno			
Clase 1				
Exámenes y radiografías	0%	40%	Sin cobertura	
Limpiezas	0%	40%	Sin cobertura	
Mantenimiento periodontal	0%	40%	Sin cobertura	
Selladores	0%	40%	Sin cobertura	
Fluoruro tópico	0%	40%	Sin cobertura	
Clase 2 ¹				
Separadores	75%	75%	Sin cobertura	
Empastes de restauración	75%	75%	Sin cobertura	
Clase 3 ²				
Cirugía bucal	75%	75%	Sin cobertura	
Endodoncia	75%	75%	Sin cobertura	
Periodoncia	75%	75%	Sin cobertura	
Coronas de restauración	75%	75%	Sin cobertura	
Puentes dentales	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	
Dentaduras postizas parciales y completas	75%	75%	Sin cobertura	
Anestesia	75%	75%	Sin cobertura	
Ortodoncia ³	75%	75%	Sin cobertura	
Características				
Red de proveedores	Red de Delta Dental PPO Dentro de la red: Dentistas de Delta Dental PPO Fuera de la red: Dentistas de Delta Dental Premier y dentistas no participantes			
Facturación del saldo	Dentistas de la red de Delta Dental PPO: No Dentistas de la red de Delta Dental Premier: No corresponde para menores de 19 años Dentistas no participantes: Sí			

¹ Se aplica un período de exclusión de 6 meses para los servicios fuera de la red si el miembro no ha tenido cobertura dental previa durante un año, con un intervalo de no más de 90 días entre la fecha de finalización de la póliza anterior y la fecha de vigencia de la nueva póliza de Delta Dental.

² Se aplica un período de exclusión de 12 meses para los servicios fuera de la red si el miembro no ha tenido cobertura dental previa durante un año, con un intervalo de no más de 90 días entre la fecha de finalización de la póliza anterior y la fecha de vigencia de la nueva póliza de Delta Dental.

³ Solo se cubre la ortodoncia médicamente necesaria para el tratamiento de paladar hendido.

Limitaciones

Clase 1

- Una radiografía de mordida cada 12 meses.
- Un examen cada 6 meses.
- Una aplicación de fluoruro cada 6 meses.
- 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.
- Un tratamiento de mantenimiento periodontal o una profilaxis (limpieza) dental cada 6 meses. 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

- Los protectores bucales deportivos tienen cobertura cada 12 meses para miembros de hasta 15 años y cada 2 años para miembros de 16 a 18 años.
- Coronas y otras restauraciones coladas cada 7 años, máximo de 4 coronas cada 7 años.
- Una corona sobre implante de por vida por diente.
- Una dentadura postiza cada 7 años para miembros de 16 a 18 años.
- Sedación intravenosa o anestesia general solo para intervenciones quirúrgicas o cuando son necesarias debido a enfermedades concurrentes. Anestesia oral solo durante un procedimiento en el consultorio.
- Se cubre un protector bucal nocturno (protector oclusal) al 100 % cada 5 años, hasta un máximo de \$200.
- La colocación de coronas de porcelana en dientes posteriores se limita al importe de una corona de metal completa.
- Una limadura de raíces por cuadrante cada 2 años.

Exclusiones

- Todos los servicios para miembros de 19 años en adelante.
- Anestésicos, analgésicos, hipnosis y la mayoría de los medicamentos, excepto óxido nitroso, anestesia oral para menores de 19 años en un procedimiento en el consultorio y beneficios para discapacidades intelectuales o del desarrollo.
- Puentes
- 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.
- Experimental or investigational treatment
- Costos hospitalarios y otras tarifas por el cuidado en el hogar o en un centro, excepto por cuidado de emergencia.
- 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, excepto para el tratamiento del paladar hendido.
- Protectores bucales deportivos y nocturnos 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.
- Servicios de traducción o lenguaje de señas; no se cubren como cargos por separado.
- Trastorno de la articulación temporomandibular.
- 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.