



*** Resumen Servicios Dentales POLIZA MAX**

**** Programa: Delta Dental PPO**

Cubierta A – Servicios de Diagnóstico y Preventivo	
<ul style="list-style-type: none"> - Exámenes periódicos de rutina cada (6) meses - Examen de emergencia, (1) uno por año póliza - Consulta de especialista, (1) cada (12) meses - Evaluación para niños menores de 3 años, (1) una cada (3) años - Radiografías de mordida "bite-wings" cada (6) meses - Radiografías de toda la dentadura panorámica o "full mouth" cada (3) años - Radiografía periapicales sencillas hasta 6 en una año póliza - Pueba de vitalidad (1) una cada (6) meses por asegurado - Profilaxis dental (limpieza) cada (6) meses para adultos y niños - Aplicación tópica de fluoruro para niños menores de 19 años, (1) uno cada (6) meses - Mantenedores de espacio en dientes deciduos (diente de leche)-No estan cubiertos en anteriores primarios - Sellantes en molares y premolares permanentes para niños menores de 14 años, (1) uno de por vida por diente 	100%

Cubierta B – Servicios Regulares de Restauración	
<ul style="list-style-type: none"> - Restauraciones en amalgama (plata), en molares y premolares, limitado a cada (24) meses por superficie - Restauraciones en resina en toda la dentadura, limitado a cada (24) meses por superficie - Coronas de acero inoxidable en dientes deciduos (leche) para niños menores de 14 años - Tratamiento paliativo (tratamiento de emergencia para aliviar el dolor) <p>APLICA PERIODO DE ESPERA DE (6) SEIS MESES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Extracciones y cirugía oral, incluyendo cuidado pre y post operatorio, anestesia general - Endodoncia: tratamiento de canal y relleno del canal para toda la dentadura - Retratamiento ("retreatment") en toda la dentadura, (1) uno por diente de por vida - Periodoncia: procedimientos necesarios para tratar las enfermedades de las encías y el hueso que sostiene los dientes - Exostosis (remoción de sobrehueso) - Frenulectomia (corrección del frenillo) 	70%

ESTOS SERVICIOS (CUB C1, C2 Y CUB D) TIENEN UN PERIODO DE ESPERA DE 8 MESES

Cubierta C1 – Servicios Especiales de Restauración	
<ul style="list-style-type: none"> - Coronas 	50%

Cubierta C2 – Prótesis Removibles y Fijas	
<ul style="list-style-type: none"> - Puentes fijos y removibles - Dentaduras completas o parciales - "Maryland bridge" - Reparacion simple de dentaudas completas o parciales 	50%
Máximo por persona por año póliza, para las cubiertas A,B, C1 y C2	\$1,000.00

Cubierta D – Ortodoncia: Esta cubierta conlleva que su dentista haga un pre-estimado del tratamiento. En tratamientos nuevos será emitido un pago inicial y mensualidades de acuerdo con la cubierta y plan de tratamiento.	
<ul style="list-style-type: none"> - Aparatos de ortodoncia - Tratamiento interceptivo y correctivo - Retenedores - Rompe-hábito para niños hasta los 14 años 	50%
Máximo de por vida por persona en tratamiento de ortodoncia	\$ 1,000.00

COSTOS MENSUALES INDIVIDUAL \$22.00 PAREJA \$40.00 FAMILIAR \$58.00

*Limitaciones pueden aplicar para ciertos beneficios; algunos servicios pueden estar excluidos. Por favor refiérase a su póliza para la lista de las limitaciones y exclusiones. ** **NOTA IMPORTANTE;** Usted puede visitar cualquier proveedor participante de nuestra red Delta Dental PPO. De su dentista no ser participante, no se hará pago alguno al proveedor o al asegurado.



*** Resumen de Servicios POLIZA ECO**

**** Programa: Delta Dental PPO**

Cubierta A – Servicios de Diagnóstico y Preventivo		
<ul style="list-style-type: none"> - Exámenes periódicos de rutina cada (6) meses - Examen de emergencia, (1) uno por año póliza - Consulta de especialista, (1) cada (12) meses - Evaluación para niños menores de 3 años, (1) una cada (3) años - Radiografías de mordida "bite-wings" cada (6) meses - Radiografías de toda la dentadura panorámica o "full mouth" cada (3) años - Radiografía periapicales sencillas hasta 6 en una año póliza - Pueba de vitalidad (1) una cada (6) meses por asegurado - Profilaxis dental (limpieza) cada (6) meses para adultos y niños - Aplicación tópica de fluoruro para niños menores de 19 años, (10 uno cada (6) meses - Mantenedores de espacio en dientes deciduos (diente de leche)-No estan cubiertos en anteriores primarios - Sellantes en molares y premolares permanentes para niños menores de 14 años, (1) uno de por vida por diente 		100%
Cubierta B – Servicios Regulares de Restauración		
<ul style="list-style-type: none"> - Restauraciones en amalgama (plata), en molares y premolares, limitado a cada (36) meses por superficie - Restauraciones en resina en toda la dentadura, limitado a cada (36) meses por superficie - Tratamiento paliativo (tratamiento de emergencia para aliviar el dolor) - Coronas de acero inoxidable en dientes deciduos (leche) para niños menores de 14 años <p>APLICA PERIODO DE ESPERA DE (6) SEIS MESES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Extracciones y cirugía oral, incluyendo cuidado pre y post operatorio, anestesia general - Endodoncia: tratamiento de canal y relleno del canal para toda la dentadura - Retratamiento ("retreatment") en toda la dentadura, (1) uno por diente de por vida - Periodoncia: procedimientos necesarios para tratar las enfermedades de las encías y el hueso que sostiene los dientes, excluye cirugía periodontal - Exostosis (remoción de sobrehueso) - Frenulectomia (corrección del frenillo) 		70%
Máximo por persona por año póliza, para las cubiertas A y B		\$1,000.00

COSTO MENSUAL INDIVIDUAL \$18.00 PAREJA \$36.00 FAMILIAR \$54.00

*Limitaciones pueden aplicar para ciertos beneficios; algunos servicios pueden estar excluidos. Por favor refiérase a su póliza para la lista de las limitaciones y exclusiones.

****NOTA IMPORTANTE;** Usted puede visitar cualquier proveedor participante de nuestra red Delta Dental PPO. De su dentista no ser participante, no se hará pago alguno al proveedor o al asegurado.