

Sumario del Plan de Beneficios Dental

	PPO o Premier	En-la-Red														
Dentista en la Red: Los Dentistas-en-la-Red (PPO o Premier) o Fuera-de-la-Red Localice un PPO Delta Dental o un Dentista Delta Dental Premier al visitar DeltaDentalKS.com																
Deducible: Para todos los servicios cubiertos, el deducible en el año de beneficio** es de	\$5 por persona, no exceder \$10 por familia															
Diagnostico y Servicios Preventivos*: Sujeto a deducible sin período de espera Incluye los siguientes procedimientos necesarios para evaluar las condiciones dentales existentes y el cuidado dental requerido: Exámenes y limpieza, Rayos-X, Fluoruro Tópico, Mantenedores de Espacios (para pérdidas prematuras de los primeros molares), y Sellantes (aplicado solamente a molares permanentes sin caries o restauraciones en la superficie oclusal y con la superficie oclusal intacta)	100%	0%														
Servicios Básicos*: Sujeto a deducible sin período de espera <table border="0"> <tr> <td>Auxiliar</td> <td>(Exámenes de emergencia para el alivio del dolor)</td> <td rowspan="4">100%</td> <td rowspan="4">0%</td> </tr> <tr> <td>Cirugía Oral</td> <td>(Extracciones y otras cirugías orales incluyendo cuidado pre y pos-operatorio)</td> </tr> <tr> <td>Restauración Regular</td> <td>(Amalgama/Restauraciones de plata, restauraciones de resina compuesta/blanca sobre todos los dientes Restaurados, coronas de acero inoxidable)</td> </tr> <tr> <td>Endodancias</td> <td>(Tratamientos de conductos y empastes de conductos)</td> </tr> <tr> <td>Periodoncias</td> <td>(Tratamiento por enfermedad en los tejidos que sostienen los dientes. Tratamientos quirúrgicos periodontales)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Auxiliar	(Exámenes de emergencia para el alivio del dolor)	100%	0%	Cirugía Oral	(Extracciones y otras cirugías orales incluyendo cuidado pre y pos-operatorio)	Restauración Regular	(Amalgama/Restauraciones de plata, restauraciones de resina compuesta/blanca sobre todos los dientes Restaurados, coronas de acero inoxidable)	Endodancias	(Tratamientos de conductos y empastes de conductos)	Periodoncias	(Tratamiento por enfermedad en los tejidos que sostienen los dientes. Tratamientos quirúrgicos periodontales)				
Auxiliar	(Exámenes de emergencia para el alivio del dolor)	100%			0%											
Cirugía Oral	(Extracciones y otras cirugías orales incluyendo cuidado pre y pos-operatorio)															
Restauración Regular	(Amalgama/Restauraciones de plata, restauraciones de resina compuesta/blanca sobre todos los dientes Restaurados, coronas de acero inoxidable)															
Endodancias	(Tratamientos de conductos y empastes de conductos)															
Periodoncias	(Tratamiento por enfermedad en los tejidos que sostienen los dientes. Tratamientos quirúrgicos periodontales)															
Servicios Principales*: Sujeto a deducible sin período de espera <table border="0"> <tr> <td>Restauración Especial</td> <td>(Cuando los dientes no pueden ser restaurados con un material de relleno enlistado en la Odontología Restaurativa Regular, proporcionado para coronas individuales)</td> <td rowspan="2">100%</td> <td rowspan="2">0%</td> </tr> <tr> <td>Prostodoncias</td> <td>(Incluye prótesis parcial y completa, reparaciones y ajuste de prótesis)</td> </tr> </table>	Restauración Especial	(Cuando los dientes no pueden ser restaurados con un material de relleno enlistado en la Odontología Restaurativa Regular, proporcionado para coronas individuales)	100%	0%	Prostodoncias	(Incluye prótesis parcial y completa, reparaciones y ajuste de prótesis)										
Restauración Especial	(Cuando los dientes no pueden ser restaurados con un material de relleno enlistado en la Odontología Restaurativa Regular, proporcionado para coronas individuales)	100%			0%											
Prostodoncias	(Incluye prótesis parcial y completa, reparaciones y ajuste de prótesis)															
Sin Cubertura: Ortodoncias (aparatos), TMJ, Implantes, Protectores Oclusales y Servicios Cosméticos	0%	0%														
Máximo Beneficio Anual: Por persona, por año del beneficio**	\$3,000															

¿Tiene preguntas?
 Contáctenos al 800.234.3375

Delta Dental of Kansas | DeltaDentalKS.com/UnitedWay/Espanol

* Los porcentajes mostrados son los que Delta Dental paga después de que se haya cubierto el deducible.

**El Año de Beneficios es de 12 meses desde la 1ra fecha de cobertura.

Este es un resumen de beneficios solamente y no obliga a Delta Dental de Kansas a ninguna cobertura. Por favor refiérase a la Descripción de la Cobertura del Cuidado Dental para una información completa de la cobertura, incluyendo exclusiones y limitaciones en el folleto de beneficios (certificado) proporcionado.