Delta Dental PPO™ con punto de servicio
Resumen de beneficios del plan dental
Para el grupo N.º 8542-0002,2999
Albuquerque Public Schools - Plan integral

Período de beneficios: del 1.º de enero al 31 de diciembre
Deducible: deducible de $100 por persona en total por período de beneficios, limitado a un deducible máximo de $300 por familia por período de beneficios
Monto máximo de beneficios: $1,500 por persona en total por período de beneficios
Límite máximo de por vida en ortodoncia:
Proveedor de Delta Dental PPO o proveedor de Delta Dental Premier: $1,500 por persona en total de por vida
Proveedor no participante: $1,000 por persona en total de por vida

Estos no son máximos de por vida separados por tipo de proveedor

Servicios cubiertos	Proveedor de Delta Dental PPO™	Proveedor de Delta Dental Premier®[1]	Proveedor no participante[2]
	Usted paga	Usted paga[1]	Usted paga[2]
Servicios de diagnóstico y prevención			
Servicios de diagnóstico y prevención: exámenes, limpiezas, flúor tópico y separadores	Sin costo	Sin costo	Sin costo
Tratamiento paliativo de emergencia: tratamiento para aliviar el dolor temporalmente	Sin costo	Sin costo	Sin costo
Selladores: para evitar las caries en dientes permanentes	Sin costo	Sin costo	Sin costo
Biopsia con cepillo: para detectar el cáncer en la boca	Sin costo	Sin costo	Sin costo
Radiografías: imágenes	Sin costo	Sin costo	Sin costo
Servicios básicos			
Servicios de restauración menor: empastes y reparación de corona	30 %	30 %	45 %
Servicios de endodoncia: tratamientos de conductos	30 %	30 %	45 %
Servicios de periodoncia: para tratar la enfermedad de las encías	30 %	30 %	45 %
Servicios de cirugía bucal: extracciones y cirugía dental	30 %	30 %	45 %
Otros servicios básicos: servicios varios	30 %	30 %	45 %
Rebases y reparaciones: puentes, implantes y prótesis	30 %	30 %	45 %
Servicios mayores			
Servicios de restauración mayores: coronas	50 %	50 %	65 %
Servicios de prostodoncia: puentes, dentaduras postizas e implantes	50 %	50 %	65 %
Servicios de ortodoncia			
Servicios de ortodoncia: brackets (máximo de por vida)	50 %	50 %	50 %
Límite de edad para ortodoncia: niños y adultos	Sin límite de edad	Sin límite de edad	Sin límite de edad

1) Se aplica un plan de cargos más altos. Los proveedores Delta Dental Premier están sujetos a un plan de cargos máximos aprobados más altos que los proveedores de Delta Dental PPO. Es posible que tenga gastos de bolsillo más altos al visitar a un proveedor Delta Dental Premier que si visitara a un proveedor Delta Dental PPO. Eso puede ocurrir incluso si los porcentajes de coseguro son los mismos para estos dos tipos de proveedores. Es posible que tenga gastos de bolsillo más bajos al seleccionar un proveedor de Delta Dental PPO. Consulte el Resumen de beneficios del plan dental para obtener más información sobre las redes y los costos compartidos.

***2) Se aplica la facturación de saldos.** Los proveedores no participantes pueden facturarle cargos por encima de los cargos máximos aprobados para proveedores no participantes que reciben de Delta Dental. Usted tendrá los gastos de bolsillo más altos al visitar a un proveedor no participante. Eso ocurrirá incluso si los porcentajes de coseguro en esta columna coinciden con los porcentajes de otros tipos de proveedores. Además, los proveedores no participantes no han aceptado las protecciones dentro de la red de Delta Dental para los afiliados. Consulte el Resumen de beneficios del plan dental para obtener más información sobre las redes y los costos compartidos.*

- Los exámenes bucales (incluye evaluaciones de un especialista) tienen cobertura dos veces por año calendario.
- Las limpiezas profilácticas de rutina, el mantenimiento periodontal y la limpieza de sarro en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave tienen cobertura dos veces por año calendario. Las personas que tengan antecedentes documentados de enfermedad periodontal tienen cobertura para dos procedimientos de mantenimiento periodontal adicionales dentro del mismo año calendario.
- Las personas que tengan afecciones de riesgo específicas pueden ser elegibles para limpiezas profilácticas o tratamientos con flúor tópico adicionales. El paciente debe hablar con su proveedor sobre el tratamiento.
- Los tratamientos con flúor tópico tienen cobertura dos veces por año calendario hasta los 19 años. Estos tratamientos tienen cobertura una vez por año calendario para personas mayores de 19 años, pero solo cuando sean médicamente necesarios.
- Los separadores bilaterales fijos tienen cobertura una vez por arco de por vida hasta los 14 años.
- Los separadores unilaterales fijos, unilaterales extraíbles y bilaterales extraíbles tienen cobertura una vez por cuadrante de por vida hasta los 14 años.
- Las imágenes de aleta de mordida tienen cobertura dos veces por año calendario, y una serie completa de imágenes radiográficas (que incluyen imágenes de aleta de mordida) o imágenes radiográficas panorámicas tienen cobertura una vez en cualquier período de cinco años.
- Los selladores tienen cobertura una vez por diente por período de tres años para molares permanentes, sin incluir la cobertura donde se haya completado una restauración oclusal en el diente, hasta los 16 años. Los selladores tienen cobertura una vez por diente por período de cinco años para molares permanentes, sin incluir la cobertura donde se haya completado una restauración oclusal en el diente, para personas mayores de 16 años, pero solo cuando sea médicamente necesario.
- Las restauraciones de empaste compuesto (blanco) a base de resina son servicios cubiertos para todos los dientes.
- Los implantes y servicios relacionados con implantes tienen cobertura una vez por diente en cualquier período de cinco años.

Información adicional del plan

Deducible: No se aplica a los servicios de diagnóstico y prevención, imágenes radiográficas, selladores, desbridamiento bucal completo, tratamiento paliativo de emergencia, consultas, imágenes radiográficas cefalométricas, fotos, moldes para diagnóstico y ortodoncia (incluidos la fibrotomía, el reposicionamiento quirúrgico y los dispositivos para facilitar la erupción de los dientes).

Monto máximo del beneficio: Este plan dental incluye Seguridad de atención preventiva

(Preventive Care Security, PCS); los servicios de diagnóstico y prevención no reducirán su monto máximo de beneficios. Este monto se aplica a todos los servicios, excepto los de diagnóstico y prevención, imágenes radiográficas, biopsia con cepillo, selladores, desbridamiento bucal completo, tratamiento paliativo de emergencia, consultas, imágenes radiográficas cefalométricas, fotos, y moldes para diagnóstico y ortodoncia (incluidos la fibrotomía, el reposicionamiento quirúrgico y los dispositivos para facilitar la erupción de los dientes).

Límite máximo de por vida en ortodoncia: Se aplica a imágenes radiográficas cefalométricas, fotos, moldes para diagnóstico y ortodoncia (incluidos la fibrotomía, el reposicionamiento quirúrgico y los dispositivos para facilitar la erupción de los dientes).

Presupuestos previos al tratamiento: Delta Dental recomienda que le pida a su proveedor un presupuesto previo al tratamiento cuando se prevean procedimientos más costosos. Un presupuesto previo al tratamiento no garantiza la cobertura. Este informe gratuito calcula sus beneficios dentales aplicables y los gastos de bolsillo para los servicios dentales propuestos. Consulte el Manual de beneficios dentales para obtener más información. Los presupuestos previos al tratamiento son opcionales a menos que se especifique lo contrario en este Resumen de beneficios del plan dental.

Disposiciones de elegibilidad

Un empleado elegible es un empleado que cumple con lo siguiente: las definiciones de elegibilidad especificadas por el grupo y aceptadas por Delta Dental, y el período de espera de elegibilidad especificado por el grupo y acordado por Delta Dental. El período de espera de elegibilidad no excederá los doce (12) meses.

Los beneficios cesarán el último día del mes en el que se rescinda el contrato del empleado, sujeto a cualquier requisito adicional que pueda aplicarse.

Disposiciones de beneficios especiales

Ninguna.

Su red: Delta Dental PPO con punto de servicio

Esta sección describe los tipos de proveedores que puede visitar en virtud de su plan y cómo funcionarán los cargos y pagos para diferentes proveedores.

Proveedor de Delta Dental PPO	
¿Forma parte de la red de Delta Dental?	Sí
Gastos de bolsillo para este plan:	Los más bajos
Delta Dental paga hasta:	Cargos máximos aprobados de Delta Dental PPO
¿Puede el proveedor facturarle el saldo?	No
Descripción:	Usted será responsable de cualquier coseguro y deducible (si corresponde) para los servicios cubiertos hasta los cargos máximos aprobados de Delta Dental PPO. Usted también es responsable del pago completo de cualquier servicio no cubierto.

Proveedor de Delta Dental Premier	
¿Forma parte de la red de Delta Dental?	Sí
Gastos de bolsillo para este plan:	Más altos que los de Delta Dental PPO
Delta Dental paga hasta:	Cargos máximos aprobados de Delta Dental Premier
¿Puede el proveedor facturarle el	No

saldo?	
Descripción:	Usted será responsable de cualquier coseguro y deducible (si corresponde) para los servicios cubiertos hasta los cargos máximos aprobados de Delta Dental Premier. Usted también es responsable del pago completo de cualquier servicio no cubierto. Los montos del coseguro pueden ser más altos al seleccionar un proveedor de Delta Dental Premier.

Proveedor no participante	
¿Forma parte de la red de Delta Dental?	No
Gastos de bolsillo para este plan:	Los más altos
Delta Dental paga hasta:	Cargos máximos aprobados para proveedores no participantes de Delta Dental
¿Puede el proveedor facturarle el saldo?	Sí, hasta el monto enviado por el proveedor
Descripción:	Además de cualquier coseguro, deducible (si corresponde) y cargos por servicios no cubiertos, usted será responsable de cualquier diferencia entre los cargos máximos aprobados para proveedores no participantes de Delta Dental y el monto enviado por el proveedor.
	Los suscriptores son responsables del pago completo a un proveedor no participante. Cualquier pago realizado por Delta Dental por servicios recibidos de un proveedor no participante puede ser pagado al proveedor o directamente al suscriptor.

Comprenda sus beneficios

LEA SU PLAN DETENIDAMENTE: ESTE RESUMEN DE BENEFICIOS PROPORCIONA UNA DESCRIPCIÓN MUY BREVE DE LAS CARACTERÍSTICAS IMPORTANTES DE SU PLAN. ESTE NO ES EL CONTRATO DE SEGURO. SUS DERECHOS Y BENEFICIOS COMPLETOS SE EXPRESAN EN LOS DOCUMENTOS DEL PLAN QUE ESTÁN A SU DISPOSICIÓN SI LOS SOLICITA. Consulte su Manual de beneficios dentales para conocer otras disposiciones importantes sobre la elegibilidad y el plan. Este Resumen de beneficios del plan dental se adjunta al Manual de beneficios dentales y es un componente del manual. En la medida en que las normas del Manual de beneficios dentales entren en conflicto con las establecidas en este Resumen de beneficios del plan dental, prevalecerán las normas de este Resumen de beneficios del plan dental.

Llame al Departamento de Servicio al Cliente de Delta Dental al (877) 395-9420 o inicie sesión en el Portal para miembros a través de **www.memberportal.com**, para obtener respuestas a preguntas sobre beneficios y reclamaciones.

Comuníquese con la Oficina del superintendente de seguros (Office of Superintendent of Insurance, OSI) de New Mexico en cualquier momento para obtener ayuda con la apelación de una reclamación:

Oficina del superintendente de seguros
Teléfono: 1-855-4-ASK-OSI
www.osi.state.nm.us