

## Beneficios de salud esenciales (EHB) para servicios pediátricos incluidos en el plan (PARA PERSONAS MENORES DE 21 AÑOS)

### Bienvenido a Delta Dental: el experto en beneficios dentales

We are the oldest and largest dental carrier in the Somos el proveedor de seguro dental más grande y con más trayectoria en la Mancomunidad. Además, contamos con una de las redes de dentistas PPO más grandes del estado y de todo el país. Nos dedicamos exclusivamente a los servicios dentales; por eso, mire lo que tenemos para ofrecerle.

Este resumen de beneficios brinda una descripción general de los servicios cubiertos para planes individuales y familiares.

Delta Dental PPO <sup>SM</sup>	Dentista PPO de Delta Dental	Dentista de Delta Dental Premier®	Dentista no participante	
	El plan paga	El plan paga*	El plan paga*	
<b>Deducible anual</b> (por asegurado; no se aplica a los servicios de diagnóstico, de prevención ni de <b>ortodoncia</b> )	\$0	\$25	\$25	
<b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b> (por niño asegurado/ todos los niños en total)	\$350/\$700	No corresponde	No corresponde	<b>PERÍODOS DE ESPERA</b>
<b>DIAGNÓSTICO Y PREVENCIÓN</b>				
<b>Servicios de diagnóstico y prevención:</b> pruebas, limpiezas, flúor y mantenedores de espacio	100%	90%	90%	Ninguno
<b>Tratamiento paliativo de emergencia:</b> para reducir, temporalmente, el dolor	100%	90%	90%	Ninguno
<b>Radiografías:</b> todos los rayos X	100%	90%	90%	Ninguno
<b>Selladores:</b> para prevenir las caries en los dientes permanentes	100%	90%	90%	Ninguno
<b>SERVICIOS BÁSICOS</b>				
<b>Servicios de restauración menores:</b> empastes y reparación de corona	80%	80%	80%	Ninguno
<b>Servicios de cirugía oral:</b> extracciones, cirugía dental y servicios para el diagnóstico y tratamiento de trastornos temporomandibulares	80%	80%	80%	Ninguno
<b>Servicios de endodoncia:</b> conductos radiculares	80%	80%	80%	Ninguno
<b>Servicios de periodoncia:</b> para el tratamiento de enfermedad de las encías	80%	80%	80%	Ninguno
<b>Rebases y reparaciones:</b> puentes, implantes y prótesis	80%	80%	80%	Ninguno
<b>Otros servicios básicos:</b> servicios varios	80%	80%	80%	Ninguno
<b>SERVICIOS PRINCIPALES</b>				
<b>Servicios prostéticos:</b> prótesis y prótesis maxilofacial	50%	50%	50%	Ninguno
<b>Servicios de restauración principales:</b> coronas	50%	50%	50%	Ninguno
<b>SERVICIOS DE ORTODONCIA</b>				
<b>Servicios de ortodoncia:</b> médicamente necesarios	50%	50%	50%	Ninguno

\*Cuando se reciben servicios de un dentista de Delta Dental Premier o de uno no participante, los porcentajes de esta columna indican la parte de la tarifa del dentista no participante de Delta Dental que se pagará por estos servicios. Este monto puede ser menor que los cargos del dentista, y usted debe pagar esta diferencia.

Consulte la última página para encontrar más detalles.

### Permanezca en la red y ahorre

Independientemente de su edad, puede recurrir a cualquier dentista matriculado, pero ahorrará dinero si consulta con un dentista que participa en nuestra red Delta Dental PPO. Los dentistas de la red participantes de Delta Dental PPO han acordado cobrar tarifas que, en promedio, cuestan casi el 30 % menos que los precios usuales de los consultorios dentales. Si la tarifa del dentista es superior a la tarifa permitida de Delta Dental, este no puede cobrarle a usted la diferencia. Esto significa que usted solo debe pagar los copagos y deducibles, si hubiera, cuando visita a un dentista participante de Delta Dental PPO.

### ¿Qué sucede si recurre a un dentista de Delta Dental Premier o uno no participante?

Si recurre a un dentista que no participa en Delta Dental PPO, seguirá teniendo cobertura, pero es más probable que deba pagar más. El monto que paga Delta Dental puede ser menor que los cargos del dentista fuera de la red (Delta Dental Premier y no participante), y usted deberá pagar la diferencia. Los porcentajes de coseguro que paga para los servicios de dentistas fuera de la red (Delta Dental Premier y no participantes) son más altos.

**Servicios no cubiertos por los EHB incluidos en el plan  
(PARA PERSONAS MAYORES DE 21 AÑOS O PERSONAS MENORES DE 21  
AÑOS QUE BUSCAN RECIBIR SERVICIOS NO CUBIERTOS POR LOS EHB)**

Delta Dental PPO	Dentista PPO de Delta Dental	Dentista de Delta Dental Premier®	Dentista no participante	PERÍODOS DE ESPERA
	El plan paga	El plan paga*	El plan paga*	
<b>Deducible anual</b> (por asegurado; no se aplica a los servicios de diagnóstico ni de prevención)	\$25 por persona/\$75 total por familia			PERÍODOS DE ESPERA
<b>Máximo de beneficio anual</b>	\$1,000 máximo por persona			
<b>DIAGNÓSTICO Y PREVENCIÓN</b>				
<b>Servicios de diagnóstico y prevención:</b> pruebas y limpiezas	100%	80%	80%	Ninguno
<b>Biopsia con cepillo:</b> para detectar cáncer oral	100%	80%	80%	Ninguno
<b>Tratamiento paliativo de emergencia:</b> para reducir, temporalmente, el dolor	100%	80%	80%	Ninguno
<b>Radiografías:</b> todos los rayos X	100%	80%	80%	Ninguno
<b>SERVICIOS BÁSICOS</b>				
<b>Servicios de restauración menores:</b> empastes y reparación de corona	80%	60%	60%	Ninguno
<b>Reparaciones de prótesis:</b> reparaciones de prótesis parciales y completas	80%	60%	60%	Ninguno
<b>Otros servicios básicos:</b> servicios varios	80%	60%	60%	Ninguno
<b>SERVICIOS PRINCIPALES</b>				
<b>Servicios de cirugía oral:</b> extracciones y cirugía dental	50%	30%	30%	12 meses
<b>Servicios de endodoncia:</b> conductos radiculares	50%	30%	30%	12 meses
<b>Servicios de periodoncia:</b> para el tratamiento de enfermedad de las encías	50%	30%	30%	12 meses
<b>Servicios prostéticos:</b> puentes y prótesis	50%	30%	30%	12 meses
<b>Servicios de restauración principales:</b> coronas	50%	30%	30%	12 meses

*\*Cuando se reciben servicios de un dentista de Delta Dental Premier o de uno no participante, los porcentajes de esta columna indican la parte de la tarifa del dentista no participante de Delta Dental que se pagará por estos servicios. Este monto puede ser menor que los cargos del dentista, y usted debe pagar esta diferencia.*

**Consulte la última página para encontrar más detalles.**



## SERVICIOS CUBIERTOS POR LOS EHB

Los servicios cubiertos por los beneficios de salud esenciales (Essential Health Benefits, EHB) incluyen servicios cubiertos para personas menores de 21 años que se consideren EHB, según se define en la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible.

### MONTO MÁXIMO QUE PAGA DE SU BOLSILLO DENTRO DE LA RED

**PARA SERVICIOS CUBIERTOS POR LOS EHB:** Un monto máximo que paga de su bolsillo es el monto máximo que usted o un dependiente elegible pagará por servicios cubiertos durante un año de beneficio cuando reciba servicios de un dentista participante. Para todos los servicios cubiertos por los EHB dentro de la red que reciban personas elegibles para los EHB, los pagos máximos de su bolsillo conforme a este certificado son de \$350 por año de beneficio si este certificado cubre a una persona menor de 21 años, o \$700 por año de beneficio si este certificado cubre a dos o más personas menores de 21 años. Todo copago, deducible u otros gastos de su bolsillo que usted pague por los servicios cubiertos por los EHB dentro de la red que reciban personas elegibles para los EHB se tiene en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red. El monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red no incluirá ningún monto que se pague para lo siguiente: (i) primas; (ii) pagos que usted realice por servicios no cubiertos; (iii) pagos que usted realice a dentistas no participantes; (iv) copagos, deducibles u otros gastos de su bolsillo que usted pague por servicios que no sean servicios cubiertos por los EHB; o (v) copagos, deducibles u otros gastos de su bolsillo que usted pague por servicios cubiertos que reciban personas mayores de 21 años. Una vez que se alcance el monto máximo correspondiente que paga de su bolsillo dentro de la red para el año de beneficio, todos los servicios cubiertos por los EHB dentro de la red que reciban personas elegibles para los EHB recibirán cobertura del 100 % de la tarifa máxima aprobada.

### SERVICIOS CUBIERTOS POR LOS EHB DEL MONTO MÁXIMO QUE PAGA DE SU BOLSILLO FUERA DE LA RED:

No se aplica ningún monto máximo anual que paga de su bolsillo para los servicios cubiertos por los EHB que reciba de dentistas de Delta Dental Premier y no participantes (fuera de la red). Usted deberá pagar todos los copagos, deducibles, montos de facturación del saldo y otros gastos de su bolsillo relacionados con todos los servicios cubiertos por los EHB fuera de la red que se le provean a usted o su dependiente elegible durante el año de beneficio.

### PAGOS MÁXIMOS ANUALES Y DE POR VIDA PARA SERVICIOS CUBIERTOS POR LOS EHB:

Para todos los servicios cubiertos por los EHB que reciban personas menores de 21 años, no se aplica ningún pago máximo anual o de por vida.

### DEDUCIBLES PARA LOS SERVICIOS CUBIERTOS POR LOS EHB:

El deducible está exento para servicios de diagnóstico, de prevención y de ortodoncia. No se aplica ningún deducible para servicios recibidos de un dentista de Delta Dental PPO. Deducible de \$25 por los servicios básicos y principales que se reciban de un dentista de Delta Dental Premier o de uno no participante (fuera de la red).

### PERÍODO DE ESPERA PARA LOS SERVICIOS CUBIERTOS POR LOS EHB:

No hay períodos de espera para personas menores de 21 años que buscan recibir servicios cubiertos por los EHB.

**ELEGIBILIDAD:** Todas las personas autorizadas de conformidad con las normas del Intercambio de productos de opciones de salud para pequeñas empresas de Kentucky. Los beneficios terminarán el último día del mes en que se desvincule al empleado de su trabajo.

## SERVICIOS NO CUBIERTOS POR LOS EHB

Los servicios no cubiertos por los beneficios de salud esenciales (Essential Health Benefits, EHB) incluyen todos los servicios cubiertos que no sean EHB, según se define en la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible.

**DEDUCIBLE:** Deducible de \$25 por persona en total por año de beneficio limitado a un deducible máximo de \$75 por familia por año de beneficio. El deducible no se aplica a servicios de diagnóstico ni de prevención.

**PAGO MÁXIMO:** \$1,000 por persona en total por año de beneficio en todos los servicios.

**LÍMITE DE EDAD DEL DEPENDIENTE:** Los dependientes están cubiertos hasta los 26 años.

**PERÍODO DE ESPERA:** Hay un período de espera de 12 meses para los servicios principales.

**ELEGIBILIDAD:** Todas las personas autorizadas de conformidad con las normas del Intercambio de productos de opciones de salud para pequeñas empresas de Kentucky. Los beneficios terminarán el último día del mes en que se desvincule al empleado de su trabajo.

### LIMITACIONES

- Los exámenes bucales (incluye evaluaciones de un especialista) tienen cobertura dos veces por año calendario. Las evaluaciones orales limitadas para una reclamación o problema específicos también tienen cobertura dos veces en el mismo año calendario.
- Las profilaxis (limpiezas) tienen cobertura dos veces por año calendario. Dos procedimientos adicionales de mantenimiento periodontales tienen cobertura por año calendario para personas con una historia clínica documentada de enfermedad periodontal. El desbridamiento bucal completo tiene cobertura una vez en la vida.
- Las radiografías interproximales tienen cobertura una vez por año calendario y las radiografías de toda la boca tienen cobertura una vez cada tres años.
- Las reparaciones con resina compuesta (blanca) en los dientes posteriores (de atrás) están cubiertas en la asignación para amalgamas.
- Las fundas de porcelana y resina en puentes son servicios cubiertos en dientes posteriores.

*NOTA: Este resumen es una muestra de los beneficios. Las pólizas tienen exclusiones y limitaciones que pueden limitar la cobertura. Para obtener todos los detalles de la cobertura, consulte su póliza.*