

Ciudad de Portland

Low Plan

Descripción de la cobertura Delta Dental PPO y Red Premier



Northeast Delta Dental

Número de grupo: 60380

Lea atentamente la Descripción del plan dental. Esta Descripción de la cobertura describe muy brevemente las características importantes de su plan de beneficios dentales. Esto no es el contrato del seguro, y regirán únicamente las disposiciones de la póliza. La Descripción del plan dental establece en detalle sus derechos y obligaciones, y los de su compañía de seguros. Por lo tanto, es importante que usted **LEA ATENTAMENTE la Descripción del plan dental**. No todas las limitaciones y exclusiones se describen en este documento. Los porcentajes de beneficios mostrados se basan en cargos reales sujetos al Cargo máximo permitido para los dentistas participantes del plan o el valor asignado de Delta Dental para dentistas no participantes.

Diagnóstico/preventivo (Cobertura A)	Restauración básica (Cobertura B)	Restauración mayor (Cobertura C)	Ortodoncia (Cobertura D)
Sin deducible	Deducible por año calendario por persona/familia: \$50/\$150		Sin deducible
ATENCIÓN DE DIAGNÓSTICO: Evaluaciones dos veces en un período de 12 meses, lo que incluye evaluaciones periódicas, limitadas, enfocadas en un problema y completas Radiografías (serie completa o panorámica) una vez en un período de 5 años Una radiografía de mordida en un período de 12 meses Radiografías de un diente individual, según sea necesario Biopsia por cepillado una vez en un período de 12 meses CUIDADO PREVENTIVO: Dos limpiezas en un período de 12 meses Fluoruro una vez en un período de 12 meses hasta los 19 años Separadores dentales hasta los 16 años Aplicación de sellador en muelas permanentes, una vez en un período de 3 años por diente, para niños hasta los 19 años	RESTAURACIÓN: Empastes de amalgama (plateados); Restauraciones de resina (blancas) OPERACIÓN ORAL: Extracciones quirúrgicas y de mantenimiento ENDODONCIA: Tratamiento de conductos PERIODONCIA: Mantenimiento periodontal (limpieza) Nota: Las limpiezas se limitan a dos en un período de 12 meses; pueden ser limpieza de rutina (Cobertura A) o periodontal (Cobertura B), o una combinación de las dos. Tratamiento de enfermedades de las encías Alargamiento de corona clínica una vez por diente, una única vez en la vida REPARACIÓN DE PRÓTESIS DENTAL: Reparación de dentadura postiza removible a su condición original TRATAMIENTO PALIATIVO PARA EMERGENCIAS	PROSTODONCIA: Dentaduras postizas parciales removibles y fijas (puente); dentaduras postizas completas Reparación de base y ajuste (dentaduras postizas) Coronas Incrustaciones onlay Implantes	ORTODONCIA: Corrección de dientes en posición incorrecta (torcidos) para niños dependientes y adultos
Delta Dental paga: 100% Sin período de espera	Delta Dental paga: 70% Sin período de espera	Delta Dental paga: 50% Sin período de espera	Delta Dental paga: 50% Sin período de espera
Máximo por año calendario: \$1000 hasta \$2000 por persona con Double-Up Max SM Programa de Health through Oral Wellness [®] incluido (ver la parte de atrás para obtener más información)			Máximo de por vida: \$1,000 por persona

Delta Dental PPO plus Premier Network

Obtendrá el mayor valor de su Plan Delta Dental cuando reciba atención dental de uno de los dentistas participantes de nuestras redes PPO (mayor ahorro) o Premier:

- ✓ Sin facturación del saldo: debido a que los dentistas participantes aceptan los cargos permitidos de Northeast Delta Dental por sus servicios, en general deberá pagar menos cuando visite a un dentista participante.
- ✓ Sin documentación para reclamos: Los dentistas participantes prepararán y presentarán los reclamos por usted.
- ✓ Pago directo: Northeast Delta Dental les paga directamente a los dentistas participantes, para que usted no tenga que pagar la cantidad cubierta en el momento y esperar un cheque de reembolso.

Para saber si su dentista participa en nuestro PPO o red Premier, puede llamar a su dentista, visitar nuestro sitio web nedelta.com o llamar a Servicio al Cliente al 1-800-832-5700.

Proceso de reclamos para dentistas participantes

Su dentista participante enviará su reclamo a Northeast Delta Dental (los reclamos de cualquiera de sus dependientes cubiertos deben enviarse bajo su Número de identificación de asegurado principal). Northeast Delta Dental da una Explicación de beneficios (disponible en el sitio Benefit Lookup [Búsqueda de beneficios] en nedelta.com) describiendo lo que se procesó según la cobertura de su plan. Usted tendrá que pagarle el saldo pendiente directamente al dentista.

Dentistas no participantes

Si lo atiende un dentista no participante, podría tener que presentar su propio reclamo y pagar los servicios cuando se presten. Los formularios de reclamo están disponibles llamando a Northeast Delta Dental o visitando nedelta.com. El pago se le hará a usted, el Asegurado principal, a menos que el estado en el que se hayan prestado los servicios exija que se cumpla la cesión de beneficios y Northeast Delta Dental reciba un aviso por escrito de dicha cesión. El pago del tratamiento hecho por un dentista no participante se limitará al menor de los cargos reales que presentó el dentista o al valor asignado de Delta Dental para dentistas no participantes en el área geográfica donde se prestan los servicios. Usted es responsable de hacer el pago total al dentista.

Predeterminación de los beneficios

Northeast Delta Dental le sugiere que usted le pida al dentista que envíe un presupuesto de tratamiento previo para cualquier trabajo dental que necesite planes de tratamiento costosos o extensos. Las predeterminaciones ayudan a evitar cualquier potencial confusión y nos permite ayudarlo a calcular cualquier gasto de bolsillo que pueda tener.

Coordinación de beneficios

Cuando una persona cubierta por este plan tiene además cobertura colectiva, la disposición de Coordinación de beneficios (**Coordination of Benefits, COB**) descrita en el folleto de descripción del plan dental determinará la secuencia y el límite del pago. Si tiene alguna pregunta sobre COB, comuníquese con nuestro Departamento de Servicio al Cliente (**Customer Service Department**) al 1-800-832-5700.

Tarjetas de identificación

Se expedirán y entregarán dos tarjetas de identificación poco después de su inscripción inicial. Las dos tarjetas estarán a su nombre, pero puede usarlas cualquier familiar que tenga cobertura de su plan. En el futuro, cualquier tarjeta se emitirá electrónicamente por medio de nuestro sitio de búsqueda de beneficios, al que puede acceder en nedelta.com. También puede usar nuestra aplicación para teléfonos inteligentes y acceder para buscar dentistas, reclamos y cobertura, y ver su tarjeta de identificación. Simplemente escanee el código QR a su derecha.



Health through Oral Wellness® (HOW®)

Una boca sana es parte de una vida sana, y el programa innovador Health through Oral Wellness (HOW) de Northeast Delta Dental trabaja en sus beneficios dentales para ayudarlo a tener y mantener un bienestar oral mejor. HOW es todo sobre USTED pues se basa en sus necesidades y riesgos orales específicos. Lo mejor de todo, es seguro y confidencial. Aquí le decimos cómo comenzar:



1. INSCRÍBASE

Vaya a healththroughoralwellness.com y haga clic en "Register Now" (Registrarse ahora).

2. CONOZCA SU PUNTUACIÓN

Después de inscribirse, complete la evaluación de riesgos de salud oral haciendo clic en "Free Assessment" (Evaluación gratis) en la sección Know Your Score (Conozca su puntuación) del sitio web.

3. COMPARTA SU PUNTUACIÓN CON SU DENTISTA

El próximo paso es compartir los resultados con su dentista en su próxima visita. Su dentista podrá explicarle los resultados y hacer una versión clínica de la evaluación de riesgos. Según su riesgo, podría ser elegible para recibir beneficios de prevención adicionales.*

*Los beneficios de prevención adicionales están sujetos a las disposiciones de su póliza de Northeast Delta Dental.

Double-Up MaxSM

Este plan de Northeast Delta Dental les permite a los afiliados duplicar su máximo por año calendario ganando \$250 más por año para usarlos en futuros períodos de beneficios. Así funciona:

- Para calificar para la transferencia de saldo, el afiliado debe tener un reclamo pagado por una evaluación oral o una limpieza en un año calendario (centrado en la prevención) y los reclamos totales pagados no pueden superar \$500 durante el mismo año calendario.
- El saldo transferido se acumulará para cada año que califique hasta alcanzar una cantidad equivalente al máximo por año calendario original del plan. Si, por ejemplo, el máximo por año calendario es \$2000, los afiliados pueden alcanzar en última instancia un máximo anual de \$4000.
- Esto no se aplica a beneficios de ortodoncia.

Tenga en cuenta que los grupos que entren en vigor de julio a diciembre comenzarán a calificar para el arrastre del saldo el siguiente año calendario y podrán usar el dinero de los beneficios al año siguiente. El máximo por año calendario que se usó en este ejemplo puede no coincidir. Lea atentamente su póliza.

Cuadernillo de Descripción del plan dental

Recibirá su cuadernillo de Descripción del plan dental poco tiempo después de su inscripción. Ese folleto de beneficios describe sus beneficios dentales y explica cómo usarlos. Léalo detenidamente para entender cuáles son los beneficios y las disposiciones de su plan con Northeast Delta Dental.

¿Quién es elegible?

Usted, su cónyuge (o pareja de unión civil en los estados donde corresponda), sus hijos hasta los 26 años, independientemente de su condición como estudiante y cualquier hijo dependiente discapacitado, independientemente de la edad. Si inscribe a un dependiente elegible, debe inscribir a todos los dependientes elegibles, a menos que tengan cobertura de otro programa dental.

Renovación

Su plan se renovará automáticamente para un nuevo año del plan por doce (12) meses si sigue pagando la prima. Las primas están sujetas a cambios anuales con un aviso previo. Usted o Northeast Delta Dental pueden elegir no renovar este plan después de recibir el aviso previo. El plan no se renovará si este programa dental ya no está disponible.

ESTA INFORMACIÓN SE DEBE CONSIDERAR SOLO UNA DIRECTRIZ. PARA OBTENER INFORMACIÓN DETALLADA SOBRE LOS TÉRMINOS, CONDICIONES, LIMITACIONES Y EXCLUSIONES, CONSULTE LA DESCRIPCIÓN DEL PLAN DENTAL CORRESPONDIENTE.