



\* Resumen de Servicios

POLIZA ECO

\*\* Programa: Delta Dental PPO

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

\*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 ALGUNAS LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

### Cubierta A- Servicios de Diagnóstico y Preventivo

-Limpiezas están limitadas a una cada seis (6) meses. Las limpiezas de niños se limitan a niños hasta doce (12) años de edad, para los pacientes mayores de 12 años serán consideradas como limpiezas para adultos. Note que las limpiezas periodontales están cubiertas (luego de los 6 meses de periodo de espera); estas irán contra sus limpiezas regulares cada 6 meses.

-Radiografías de mordida (cuatro radiografías) están limitadas cada doce (12) meses. Las radiografías de mordida no son un Beneficio en un plazo de seis (6) meses de una serie intraoral completa, a menos que sean justificadas por circunstancias especiales, tales como enfermedad periodontal activa o caries rampantes.

-No se pagará por la reparación o el reemplazo de sellante en ningún diente. (servicio para niños menores hasta los 14 años)

-Delta Dental no hará ningún pago por la reparación o reemplazo de mantenedores de espacio dañados, perdidos, o robados, o para el reemplazo de aparatos de prótesis dentales extraviados, perdidos o robados.

### Cubierta B-Servicios Regulares de Restauración

-Limitamos el pago para resina prefabricada y coronas de acero inoxidable bajo esta sección a dientes de bebé (de leche o deciduos). Esto es un beneficio de por vida. Excluye y no se pagará por una restauración sencilla o múltiple donde ha sido aplicado un sellante.

-Los procedimientos de curetaje y alisado radicular por cuadrante se limita a un período de 36 meses, se permitirá un máximo de (4) cuatro cuadrantes diferentes. Periodo de espera de seis 6 meses.

-Cargos por anestesia y sedación IV (intravenosa), excepto cuando sea administrado por un Cirujano Oral y Maxilofacial y administrado conjuntamente con cirugía oral. Luego del periodo de espera de 6 meses.

### EXCLUSIONES

-Procedimientos cosméticos con el único propósito de mejorar el aspecto, incluyendo pero no limitado a laminados, blanqueamiento dental, coronas PFM (porcelana fundida a metal) en molares, además, restauración de resina compuesta realizada para mejorar la apariencia de los dientes.

-Cualquier procedimiento iniciado con anterioridad a la fecha de inscripción a la cubierta de este plan

-Injertos extraorales (trasplantes de tejidos de fuera de la boca al tejido oral)

-Coronas de porcelana y porcelana fundida a metal

-Puentes fijos y parciales removibles

-Implantes provisionales, o servicios para implantes (aparatos prostéticos colocados en o sobre el hueso de la mandíbula o maxila para retener o soporte de la prótesis dental), su remoción u otro procedimiento asociado.

-Servicios por tratamiento de ortodoncia (tratamiento de mal oclusión de los dientes y/o la mandíbula)

-Servicios o suministros para la reparación de prótesis (reparación de dentaduras parciales o completas, incluyendo procedimientos de rebasado y relleno)

-Servicios o suministros para coronas, restauraciones en coronas, incrustaciones de resina y para el tratamiento de caries (visible deterioro de la estructura dura del diente) cuando los dientes no se pueden restaurar con amalgama, porcelana sintética, restauraciones plásticas.

-Servicios o suministros para prostodoncia (procedimientos para la construcción de puentes fijos, prótesis parciales o dentaduras completas y la reparación de puentes fijos)

-Servicios prestados por cualquier proveedor que no sea el proveedor de **DDPR PPO**. Como ejemplo son los proveedores **NO** contratados y los proveedores Premier de DDPR que no están incluidos en esta póliza.

-Esta póliza no ofrece reembolso al asegurado, DDPR pagará directamente al proveedor de **DDPR PPO**.

-Servicios prestados fuera de Puerto Rico no son un Beneficio de esta póliza.

-Códigos de procedimientos que no estén incluidos en la lista de Beneficios Cubiertos **ECO PPO** incluida en esta póliza.