



**\* Resumen de Servicios**

**POLIZA MAX**

**\*\* 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 (24) meses por superficie</li> <li>- Restauraciones en resina en toda la dentadura, limitado a cada (24) meses por superficie</li> <li>- Coronas de acero inoxidable en dientes deciduos para niños menores de 14 años</li> <li>- Tratamiento paliativo (tratamiento de emergencia para aliviar el dolor)</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</li> <li>- Exostosis (remoción de sobrehueso)</li> <li>- Frenulectomia (corrección del frenillo)</li> </ul>		<b>70%</b>
<b>ESTOS SERVICIOS (CUB C1, C2 Y CUB D) TIENEN UN PERIODO DE ESPERA DE 8 MESES</b>		
<b>Cubierta C1 - Servicios Especiales de Restauración</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coronas</li> </ul>		<b>50%</b>
<b>Cubierta C2 - Prótesis Removibles y Fijas</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Puentes fijos y removibles</li> <li>- Dentaduras completas o parciales</li> <li>- "Maryland bridge"</li> <li>- Reparacion simple de dentaduras completas o parciales</li> </ul>		<b>50%</b>
<b>Máximo por persona por año póliza, para las cubiertas A,B, C1 y C2</b>		<b>\$1,000.00</b>
<b>Cubierta D - Ortodoncia:</b> Esta cubierta conlleva que su dentista haga un pre-estimado del tratamiento. En tratamientos nuevos será emitido un pago inicial y mensualidades de acuerdo con la cubierta y plan de tratamiento.		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aparatos de ortodoncia</li> <li>- Tratamiento interceptivo y correctivo</li> <li>- Retenedores</li> <li>- Rompe-hábito para niños hasta los 14 años</li> </ul>		<b>50%</b>
<b>Máximo de por vida por persona en tratamiento de ortodoncia</b>		<b>\$ 1,000.00</b>

\*Limitaciones pueden aplicar para ciertos beneficios; algunos servicios pueden estar excluidos. Por favor refiérase a las limitaciones y exclusiones que incluye esta hoja. \*\* **NOTA IMPORTANTE:** Usted puede visitar cualquier proveedor participante de nuestra red Delta Dental PPO. De su dentista no ser participante de la red, no se hará pago alguno al proveedor o al asegurado ya que este producto no provee para reembolso [www.deltadentalpr.com](http://www.deltadentalpr.com)

## 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 de 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. La cirugía periodontal por cuadrante está limitada a un periodo de 36 meses, se permitirá un máximo de (4) cuatro cuadrantes. 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.

### Cubierta C1 y C2- Servicios Mayores de Restauración

**Coronas:** Procedimientos para la construcción de corona cuando sea necesario. Coronas o coronas de acero inoxidable (adulto), en el mismo diente, es un beneficio contratado solo una (1) vez en un periodo de cinco (5) años. Periodo de espera de ocho (8) meses.

**Puentes:** Procedimientos requeridos para la construcción de puentes fijos, parciales y dentaduras completas; reparaciones de dentaduras parciales o completas. En adición, el relleno de dentaduras. Periodo de espera de ocho (8) meses.

### Cubierta D-Ortodoncia

-Los servicios de ortodoncia estarán cubiertos una vez por vida. Delta Dental no pagara por extensiones de tratamiento de ortodoncia.

### 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.

-Prótesis Maxilofacial

Servicios por malformaciones congénita (hereditario) o de desarrollo (después del nacimiento), incluyendo pero no limitado a paladar hendido, malformaciones de la mandíbula o maxila (superior e inferior), hipoplasia del esmalte (falta de desarrollo), fluorosis (un tipo de decoloración de los dientes) y anodoncia (falta dientes congénita).

-Cualquier procedimiento iniciado con anterioridad a la fecha de inscripción a la cubierta de este plan excepto por algún tratamiento **activo** de ortodoncia luego de haber completado el periodo de espera de ocho (8) meses.

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

-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 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 **MAX PPO** incluida en esta póliza.