

## Plan familiar suplementario de atención dental de Pago por Servicio (Premier)

### PLAN C

Deducible anual..... Sin deducible  
 Cobertura de monto máximo anual permitido ..... \$500 individual

| SERVICIO                                                                                                                                                                                                                                      | El Plan Paga* |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>NO SE APLICA NINGÚN DEDUCIBLE A ESTOS PROCEDIMIENTOS.</b>                                                                                                                                                                                  |               |
| <b>EXAMEN:</b> dos veces al año                                                                                                                                                                                                               | 100 %         |
| <b>RADIOGRAFÍAS DE MORDIDA:</b> dos veces al año<br>Para menores de hasta 18 años, o una vez al año para los adultos a partir de los 19 años                                                                                                  | 100 %         |
| <b>OTRAS RADIOGRAFÍAS</b><br>Radiografías de toda la boca, radiografías individuales y radiografías panorámicas una vez cada cinco años                                                                                                       | 80 %          |
| <b>LIMPIEZA PROFILÁCTICA</b><br>Una limpieza dos veces al año para eliminar la placa, los cálculos (placa mineralizada) y las manchas a fin de ayudar a prevenir enfermedades dentales                                                        | 100 %         |
| <b>FLUORURO</b><br>Solo para menores de hasta 18 años, dos veces al año                                                                                                                                                                       | 100 %         |
| <b>MANTENEDORES DE ESPACIO</b>                                                                                                                                                                                                                | 100 %         |
| <b>SE APLICAN DEDUCIBLES A LOS PROCEDIMIENTOS EN LOS PLANES D, E Y E CON ORTODONCIA.</b>                                                                                                                                                      |               |
| <b>DEDUCIBLE</b><br>Por persona, por año, hasta un máximo familiar de \$75 por año                                                                                                                                                            | Sin deducible |
| <b>BENEFICIO MÁXIMO</b><br>El beneficio máximo representa el monto anual total que el plan paga por persona                                                                                                                                   | \$500         |
| <b>IMPLANTES DENTALES</b>                                                                                                                                                                                                                     | Sin cobertura |
| <b>REBASADOS DE DENTADURA POSTIZA:</b> dos veces al año                                                                                                                                                                                       | Sin cobertura |
| <b>EMPASTES</b>                                                                                                                                                                                                                               | 80 %          |
| <b>CORONAS DE ACERO INOXIDABLE</b><br>Dientes primarios únicamente                                                                                                                                                                            | 80 %          |
| <b>ENDODONCIA</b><br>Una especialidad dental para el tratamiento de la raíz y del nervio del diente                                                                                                                                           | Sin cobertura |
| <b>PERIODONCIA</b><br>Una especialidad dental para el tratamiento de las encías, del tejido y del hueso que sostiene los dientes                                                                                                              | Sin cobertura |
| <b>CIRUGÍA BUCAL</b>                                                                                                                                                                                                                          | Sin cobertura |
| <b>RESTAURACIONES DE CORONAS Y PRÓTESIS</b><br>Incluye reemplazos después de cinco años, pero solo si originalmente tenía cobertura en el plan de atención dental de KPIC                                                                     | Sin cobertura |
| <b>PROSTODONCIA</b><br>Aparato protésico extraíble estándar (incluye reemplazos después de cinco años, pero solo si originalmente tenía cobertura en el plan de atención dental de KPIC)                                                      | Sin cobertura |
| <b>ORTODONCIA</b><br>Para menores dependientes elegibles hasta los 18 años, máximo de \$1,500 de por vida por asegurado (el reemplazo o la reparación de un aparato de ortodoncia pagado parcial o totalmente por este plan no está cubierto) | Sin cobertura |

\* Los beneficios pagaderos se basarán en los precios más bajos prevalecientes o en el precio de la cantidad presentada.

## Exclusiones para los planes de atención dental de PPO de KPIC y de Pago por Servicio (Premier) de KPIC

Los planes de seguro de atención dental de PPO y de Pago por Servicio (Premier) de KPIC no tienen el objetivo de satisfacer los requisitos de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA) para beneficios de atención dental pediátrica.

Los siguientes servicios no están cubiertos por ninguno de los planes de seguro de atención dental del grupo de Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC):

- Cirugía estética, odontología o servicios para corregir malformaciones hereditarias, congénitas o del desarrollo.
- Restauración de la estructura del diente, coronas o restauraciones de prótesis, o superficies de mordida en caso de daños por desgaste.
- Servicios o procedimientos prostodónticos iniciados antes de la fecha de elegibilidad de una persona.
- Medicamentos, analgésicos, agentes antimicrobianos recetados o procedimientos experimentales o de investigación.
- Anestesia (excepto la anestesia general para cirugías bucales).
- Servicios para implantes (aparatos protésicos instalados dentro o sobre el hueso de la mandíbula superior o inferior para retener o sostener una prótesis dental), su extracción u otros procedimientos asociados. No se aplica al plan PPO AH 2000.
- Tratamiento relacionado con la articulación temporomandibular (*temporomandibular joint*, TMJ).
- Tratamiento de ortodoncia, excepto para hijos dependientes elegibles según el Plan E con Ortodoncia.
- Planes de tratamiento con servicios de mayor nivel que los que se proporcionan habitualmente según la práctica dental aceptada o el uso de técnicas especializadas en lugar de procedimientos estándares; por ejemplo, una dentadura postiza de precisión cuando una estándar sería suficiente.
- Reemplazo de una restauración existente para cualquier fin que no sea una carie dental activa.
- Sedación intravenosa, protectores oclusales o ajuste oclusal completo.

Se recomienda la determinación previa de beneficios para los servicios que superen los \$300. Este documento no es una descripción resumida del plan ni está diseñado para usarse como *Certificado de Seguro (Certificate of Insurance)* ni *Programa de Cobertura (Schedule of Coverage)*. Solamente incluye un resumen de los beneficios, las exclusiones y las limitaciones.

Si tiene preguntas específicas sobre la estructura de los beneficios, las limitaciones o las exclusiones, consulte el *Certificado de Seguro* y el *Programa de Cobertura* o comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente de Delta Dental al **800-835-2244**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Para obtener una lista de los proveedores dentro de la red, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente de Delta Dental o visite **es.deltadentalins.com**.

Este plan de seguro de atención dental está suscrito por Kaiser Permanente Insurance Company, una subsidiaria de Kaiser Foundation Health Plan, Inc., y es administrado por Delta Dental of California.