

**Plan de Delta Dental PPO Only**  
**American Furniture Warehouse: N.º de cuenta 000000W2368**

<b>BENEFICIO MÁXIMO</b> Cantidad máxima por año calendario			\$2,000 por miembro, por año calendario	
<b>DEDUCIBLE POR AÑO CALENDARIO</b>			Deducible individual: ninguno	
<b>Dentista de PPO</b>	<b>Dentista de PREMIER</b>	<b>Dentista NO PARTICIP.</b>	<b>SERVICIOS CUBIERTOS</b>	<b>INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS</b> (sujeta a las directrices de Delta Dental)
<b>SERVICIOS PREVENTIVOS Y DE DIAGNÓSTICO</b>				
100 %	Sin cobertura	Sin cobertura	Exámenes orales y limpiezas	Dos veces por año calendario. Es posible obtener cobertura para dos limpiezas adicionales en caso de tener una enfermedad dental comprobada y documentada.
			Selladores	Uno por diente en un período de 36 meses para los molares permanentes no restaurados, hasta los 14 años.
			Radiografías de aleta mordible (interproximal)	Una vez por año calendario.
			Radiografías intraorales completas	Una vez en un período de 60 meses.
			Flúor	Dos tratamientos por año calendario, hasta los 18 años.
			Mantenedores de espacio	Uno por cuadrante, una sola vez de por vida (hasta los 13 años) para mantener el espacio para erupción de los dientes posteriores permanentes.
<b>SERVICIOS BÁSICOS</b>				
70 %	Sin cobertura	Sin cobertura	Obturaciones (con amalgama y composite)	Una vez por diente en un período de 12 meses.
			Extracciones simples	
			Cirugía oral	
			Endodoncia/periodoncia	El mantenimiento periodontal se cubrirá hasta 4 veces en un período de 12 meses.
<b>SERVICIOS PRINCIPALES</b>				
50 %	Sin cobertura	Sin cobertura	Coronas	Una vez por diente en un período de 60 meses. No corresponde como beneficio para los menores de 12 años.
			Implantes	Una vez por diente en un período de 60 meses. No corresponde como beneficio para los menores de 16 años.
			Dentaduras postizas, puentes	Una vez en un período de 60 meses, solamente cuando las prótesis existentes no puedan utilizarse. Los puentes fijos y las prótesis parciales removibles no corresponden como beneficio para los menores de 16 años.
<b>ORTODONCIA \$2,000 (cantidad máxima de por vida)</b>				
50 %	Sin cobertura	Sin cobertura	Para adultos y niños con cobertura	

Estás inscrito en un plan Delta Dental PPO plus Premier. Tú y tu familia pueden visitar cualquier dentista autorizado, pero disfrutarán los mayores ahorros de bolsillo si consultan a un dentista de Delta Dental PPO. Hay tres niveles de dentistas entre los que se puede elegir:

**Dentista de la PPO:** el pago se basa en la tarifa permitida del dentista de la PPO o la tarifa real cobrada, la que sea menor.

**Dentista de Premier:** el pago se basa en la asignación máxima del plan (MPA) Premier o la tarifa real cobrada, la que sea menor.

**Dentista no participante:** el pago se basa en la asignación máxima del plan no participante. Los miembros deben pagar la diferencia entre la MPA no participante y la tarifa total cobrada por el dentista. Recibirás el mejor beneficio si eliges un dentista de la PPO.

Corresponde inscripción abierta. Los miembros pueden agregar cobertura una vez al año.

Esta es una descripción breve de los servicios cubiertos por tu plan dental. Consulta el Folleto sobre beneficios del empleado para ver todos los detalles del plan. Si existen diferencias entre este resumen y el Folleto sobre beneficios del empleado, regístrate el Folleto sobre beneficios del empleado.