

Este es sólo un resumen. Si desea obtener más detalles sobre la cobertura dental y los costos de este plan, comuníquese con nosotros al **Delta Dental of Washington Exchange Plans** <https://www.deltadentalwa.com/our-plans/wahbe> o llamando al **1-888-899-3734**.

	Repuestas	Por qué esto es importante
¿Existe un período de espera antes de poder utilizar mis beneficios?	No	Los servicios cubiertos no están sujetos a períodos de espera y se incluyen tan pronto como comienza su cobertura dental.
¿De cuánto es el monto de la prima?	Adulto: \$43.17 Menor: \$60.92	El monto de la prima es una tarifa mensual que debe pagar a su compañía de seguros para recibir seguro dental.
¿Cuál es el deducible general?	Adulto: \$50 Menor: \$85	Debe pagar todos los costos relacionados con los servicios cubiertos hasta alcanzar el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar los servicios cubiertos que reciba. Revise su póliza o su documento del plan para ver cuándo comienza el período del deducible (generalmente, pero no siempre, el 1 de enero). Vea la tabla que inicia en la en la página 2 para ver cuánto pagará por los servicios cubiertos después de que cubra el deducible.
¿El deducible aplica a los servicios preventivos?	No	El deducible no aplica a exámenes preventivos, limpiezas y otros servicios preventivos. Vea la tabla que inicia en la en la página 2 para ver cuánto pagará por los servicios preventivos cubiertos.
¿Hay un límite general a los gastos por cuenta propia en mi parte de los costos dentales?	Adulto: No Menor: Yes \$450 por 1 menor \$900 por 2 menores o más	El límite a los gastos por cuenta propia es la máxima cantidad que podría pagar durante el año de cobertura por su parte del costo de los servicios cubiertos. Este límite le ayuda a planear los gastos de su cuidado dental. Solo las tarifas pagadas a un plan Delta Dental PPO más un dentista Premier se acumulan para el máximo de desembolso anual.
¿Qué no está incluido en el límite de gastos por cuenta propia?	Primas, servicios no cubiertos	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el límite de pago por cuenta propia.
¿Hay un límite anual general para lo que paga el plan?	Adulto: Si, \$1,000 Menor: No	No hay un límite anual general para lo que paga el plan para los menores. La tabla que inicia en la página 2 describe los límites para lo que paga el plan para cobertura de adultos y para otros servicios específicos cubiertos para menores.
¿Quién está incluido en la red de proveedores del plan?	Vea Dentist Search o llame al 1-888-899-3734 para ver una lista de proveedores participantes.	Si utiliza un proveedor dentro de la red, este plan le pagará, de manera parcial o total, el costo de los servicios cubiertos. Esté enterado de que su dentista dentro de la red puede utilizar un proveedor que requiera gastos por cuenta propia (como un hospital) para algunos servicios. Los planes utilizan el término "dentro de la red", "preferido" o "participante" para referirse a los proveedores dentro de sus redes. Vea la tabla que inicia en la página 2 para ver cómo este plan le paga a diferentes tipos de proveedores.
¿Necesito una derivación para consultar a un especialista?	No	Puedes ver al especialista que elijas. sin permiso de este plan.
¿Necesito autorización previa antes de recibir ciertos servicios dentales?	Si	Usted sí necesita llamar al plan al 1-888-899-3734 antes de recibir ciertos servicios dentales. Consulte su póliza o documento del plan para obtener información adicional.
¿Hay servicios que este plan no cubre?	Si	Algunos de los servicios que no cubre este plan aparecen en la página 3. Consulte su póliza o documento del plan para obtener información adicional sobre los servicios excluidos.

¿Necesita más información sobre su cobertura dental? Visite [DeltaDentalWA.com](https://www.deltadentalwa.com) o llame al 1-888-899-3734.

- Los copagos con cantidades fijas de dinero (por ejemplo, \$15) que usted paga por los servicios dentales cubiertos, generalmente en el momento del servicio.
- El coaseguro, que es diferente de los copagos, es su parte del costo de un servicio cubierto, calculado como un porcentaje del monto permitido para el servicio. Por ejemplo, si el monto permitido del plan es un procedimiento de restauración (por ejemplo, una corona) es de \$1,000, su pago de coaseguro del 20% sería de \$200. Esto podría cambiar si aún no ha cubierto su deducible.
- El monto que paga el plan por los servicios cubiertos se basa en el monto permitido. Si un proveedor fuera de la red le cobra más que el monto permitido, usted podría tener que pagar la diferencia. Por ejemplo, si un dentista fuera de la red cobra \$1,500 por una corona y el monto permitido es de \$1,000, usted podría tener que pagar los \$500 de diferencia. (Esto se llama cobro de saldo).
- Este plan puede animarlo a utilizar proveedores dentro de la red cobrándole deducibles, copagos y coaseguros más bajos.

 Todos los costos de copago y coseguro que se muestran en esta tabla son después de haber alcanzado su deducible, si corresponde un deducible. Algunos servicios de este plan no están cubiertos para adultos. El plan no cubre el servicio si no se muestran los costos de copago y coseguro de adulto.

Dental Treatment	Services You May Need	What you will pay if you use:		Limitations, Exceptions, & Other Important Information *Waiting periods noted where applicable
		In-Network Provider	¹ Out-of-Network Provider	
Chequeo de rutina	Exámenes	Adulto: 0%	0%	2 veces por período de beneficios
		Menor: 0%	0%	2 veces por período de beneficios
	Limpiezas	Adulto: 0%	0%	2 veces por período de beneficios
		Menor: 0%	0%	2 veces por período de beneficios
	Fluoruro	Adulto: 0%	0%	
		Menor: 0%	0%	
	Selladores	Adulto: 0%	0%	
		Menor: 0%	0%	
	Radiografías de boca completa	Adulto: 0%	0%	
		Menor: 0%	0%	
	Las radiografías de tipo bitewing	Adulto: 0%	0%	
		Menor: 0%	0%	
	Radiografías de un solo diente	Adulto: 0%	0%	
		Menor: 0%	0%	

	Mantenedor de espacio	Adulto: No incluido	No incluido	
		Menor: 0%	0%	
	Óxido nitroso	Adulto: No incluido	No incluido	
		Menor: 30%	30%	Puede usarse para sedación una vez al día. El deducible de la póliza se aplica al óxido nitroso para la atención de rutina.
Rellenar una caries	Amalgama (plata) (diente frontal)	Adulto: 50%	50%	La misma superficie en el mismo diente se cubre una vez cada dos años desde la fecha del tratamiento.
		Menor: 30%	30%	La misma superficie en el mismo diente se cubre una vez cada dos años desde la fecha del tratamiento.
	Amalgam (plata) diente posterior	Adulto: 50%	50%	La misma superficie en el mismo diente se cubre una vez cada dos años desde la fecha del tratamiento.
		Menor: 30%	30%	La misma superficie en el mismo diente se cubre una vez cada dos años desde la fecha del tratamiento.
	Composite diente frontal	Adulto: 50%	50%	La misma superficie en el mismo diente se cubre una vez cada dos años desde la fecha del tratamiento.
		Menor: 30%	30%	La misma superficie en el mismo diente se cubre una vez cada dos años desde la fecha del tratamiento.
	Composite diente posterior	Adulto: 50%	50%	La misma superficie en el mismo diente se cubre una vez cada dos años desde la fecha del tratamiento.
		Menor: 30%	30%	La misma superficie en el mismo diente se cubre una vez cada dos años desde la fecha del tratamiento.
	Óxido nitroso	Adulto: No incluido	No incluido	
		Menor: 30%	30%	Puede usarse para sedación una vez al día. El deducible de la póliza se aplica al óxido nitroso para la atención de rutina.
	El relleno temporal	Adulto: No incluido	No incluido	
		Menor: No incluido	No incluido	
Cuidado de restauración	Mantenimiento Periodontal	Adulto: 100%	100%	2 veces por período de beneficios.
		Menor: 100%	100%	Cubierto una vez por cuadrante cada 12 meses.
	Destartraje y Alisado Radicular	Adulto: 50%	50%	Cubierto una vez por cuadrante cada 3 años.
		Menor: 70%	70%	El raspado periodontal y el alisado radicular están cubiertos para niños de 13 años en adelante, una vez por cuadrante cada dos años.
	Coronas	Adulto: No incluido	No incluido	
		Menor: 50%	50%	Cubiertas para niños de 12 a 18 años, y solo una vez por diente cada cinco años a partir de la fecha del asiento.
	Reemplazo de la corona del diente	Adulto: No incluido	No incluido	
		Menor: 50%	50%	Cubiertas para niños de 12 a 18 años, y solo una vez por diente cada cinco años a partir de la fecha del asiento.
	Las incrustaciones dentales	Adulto: No incluido	No incluido	
		Menor: 50%	50%	Cubierto una vez cada 5 años para niños de 12 a 18 años.
	La endodoncia	Adulto: No incluido	No incluido	
		Menor: 30%	30%	Cubierto para dientes anteriores, premolares y molares.

	Pulpotomía	Adulto:	No incluido	No incluido	
		Menor:	30%	30%	
Extracción de dientes	Extracción	Adulto:	No incluido	No incluido	
		Menor:	30%	30%	
	Extracción quirúrgica	Adulto:	No incluido	No incluido	
		Menor:	30%	30%	
Cirugía bucal avanzada	Cirugía bucal	Adulto:	No incluido	No incluido	
		Menor:	30%	30%	No cubiertos: reemplazo/injerto óseo; trasplante de dientes; Relleno óseo generativo.
	Cirugía periodontal	Adulto:	No incluido	No incluido	
		Menor:	30%	30%	Cubierto una vez por cuadrante cada tres años.
	Anestesia general	Adulto:	No incluido	No incluido	
		Menor:	30%	30%	Cubierto caso por caso cuando su menor recibe servicios cubiertos por este plan, entre 9 y 18 años.
Ortodoncia médicamente necesaria	Frenos	Adulto:	No incluido	No incluido	
		Menor:	50%	50%	Los servicios de ortodoncia cosmética no están cubiertos. Se requiere autorización previa antes del tratamiento.
	Dispositivos removibles	Adulto:	No incluido	No incluido	
		Menor:	50%	50%	Los servicios de ortodoncia médica deben tener autorización previa antes de realizar el tratamiento.
Protésicas	Implante	Adulto:	No incluido	No incluido	
		Menor:	No incluido	No incluido	
	Dentaduras Parciales	Adulto:	No incluido	No incluido	
		Menor:	50%	50%	Cubierto una vez cada siete años.
	Dentaduras postizas completas	Adulto:	No incluido	No incluido	
		Menor:	50%	50%	Cubierto para un superior e inferior completo durante el tiempo que su Menor esté inscrito en este plan.
	Reparación de puentes o dentaduras postizas	Adulto:	No incluido	No incluido	
		Menor:	50%	50%	Cubierto después de un año a partir de la fecha del asiento original.
	Rebase o Rebase de Dentaduras Postizas	Adulto:	No incluido	No incluido	
		Menor:	50%	50%	Cubierto una vez por arco cada tres años después de los seis meses iniciales a partir de la Fecha de asiento.

¹Delta Dental of Washington no tiene control sobre los cargos o las prácticas de facturación de los dentistas que no tienen contrato con nosotros. Nuestros pagos por los servicios prestados por estos dentistas se basarán en los cargos reales o en las tarifas máximas permitidas de Delta Dental of Washington para dentistas no participantes.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

Servicios que este plan NO cubre (Esta no es una lista exhaustiva. Consulte su póliza o documento del plan para ver otros servicios excluidos).

Frenos tradicionales, Servicios o suministros cosméticos, implante dental, Adulto coronas, Adulto canal raíz, Adulto reemplazo de dientes, Adulto dispositivos removibles, Adulto cirugía bucal avanzada.

Otros servicios cubiertos (Esta no es una lista exhaustiva. Consulte su póliza o documento del plan para ver otros servicios cubiertos).

La Lesión Accidental

Derecho a quejas y apelaciones

Si tiene una queja o no está satisfecho con una denegación de cobertura para reclamos según su plan, es posible que pueda apelar o presentar una queja. Para Si tiene preguntas sobre sus derechos, este aviso o asistencia, puede comunicarse con: Delta Dental of Washington P.O. Box 75983 Seattle, WA 98175-0983, o memberappeals@deltadentalwa.com, o 888-899-3734.

¿Esta cobertura proporciona una cobertura mínima esencial?

Este plan o póliza satisface los requisitos de valor mínimo y beneficios de la Ley de Cuidado Asequible para el beneficio de salud esencial de cuidado dental pediátrico..

¿Necesita más información sobre su cobertura dental? Visite DeltaDentalWA.com o llame al 1-888-899-3734.