

RESUMEN DE SERVICIOS PÓLIZA MAX

Cubierta A – Servicios de Diagnóstico y Preventivo	100%
<ul style="list-style-type: none"> ● Exámenes periódicos de rutina cada (6) meses. ● Examen de emergencia, (1) uno por año póliza. ● Consulta de especialista, (1) cada (12) meses. ● Evaluación para niños menores de 3 años, (1) una cada 6 meses. ● Radiografías de mordida “bite-wings” cada (6) meses. ● Radiografías de toda la dentadura panorámica o “full mouth” cada (3) años. ● Radiografías periapicales sencillas hasta 6 en una año póliza. ● Prueba de vitalidad (1) una cada (6) meses por asegurado. ● Profilaxis dental (limpieza) cada (6) meses para adultos y niños. ● Aplicación tópica de fluoruro para niños menores de 19 años, (1) uno cada (6) meses. ● Mantenedores de espacio en dientes deciduos (diente de leche)-<i>No están cubiertos en anteriores primarios.</i> ● Sellantes en molares y premolares permanentes para niños menores de 14 años, (1) uno de por vida por diente. 	
Cubierta B – Servicios Regulares de Restauración	70%
<ul style="list-style-type: none"> ● Restauraciones en amalgama (plata), en molares y premolares, limitado a cada (24) meses por superficie. ● Restauraciones en resina en toda la dentadura, limitado a cada (24) meses por superficie. ● Coronas de acero inoxidable en dientes deciduos para niños menores de 14 años. ● Tratamiento paliativo (tratamiento de emergencia para aliviar el dolor). <p>APLICA PERIODO DE ESPERA DE (6) SEIS MESES</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Extracciones y cirugía oral, incluyendo cuidado pre y post operatorio, anestesia general. ● Endodoncia: tratamiento de canal y relleno del canal para toda la dentadura. ● Retratamiento (“retreatment”) en toda la dentadura, (1) uno por diente de por vida. ● Periodoncia: procedimientos necesarios para tratar las enfermedades de las encías y el hueso que sostiene los dientes. ● Exostosis (remoción de sobrehueso). ● Frenulectomia (corrección del frenillo). 	
Estos servicios (CUB C1, C2 y CUB D) tienen un periodo de espera de 8 meses.	
Cubierta C1 - Servicios Especiales de Restauración	50%
<ul style="list-style-type: none"> ● Coronas 	
Cubierta C2 - Prótesis Removibles y Fijas	50%
<ul style="list-style-type: none"> ● Puentes fijos y removibles ● Dentaduras completas o parciales ● “Maryland Bridge” ● Reparación simple de dentaduras completas o parciales 	
Máximo por persona, por año de póliza, para las cubiertas A, B, C1 y C2	\$1,000.00
Cubierta D – Ortodoncia: 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.	50%
<ul style="list-style-type: none"> ● Aparatos de ortodoncia ● Tratamiento interceptivo y correctivo ● Retenedores ● Rompe-hábito para niños hasta los 14 años 	
Máximo de por vida por persona en tratamiento de ortodoncia	\$1,000.00

PARA MÁS INFORMACIÓN FAVOR DE COMUNICARSE CON SU REPRESENTANTE DE SEGUROS O PUEDE LLAMAR AL 939-205-3300.

Limitaciones pueden aplicar para ciertos beneficios; algunos servicios pueden estar excluidos.

*** 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

M L S

M D

S RV S R S D S R D S RV S D S R D R L D S R M LS R D L R



examen comprensivo con dilatación de ser necesario	10 opago	asta 0
juste para lentesde contacto <i>Standard, incluyendo se uimiento</i>	=asta	V "
* <i>uste ara lentesde contacto Premium, incluyendo se uimiento</i>	<i>de descuento del recio al detal</i>	V "
<i>U onturascu iertas</i>	<i>#o a o "llo ance de descuento or endma del alance de</i>	=asta

R S

L S R S L S



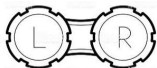
<i>fisi n sencilla</i>	<i>#o a o</i>	=asta
<i>"i ocal</i>	<i>#o a o</i>	=asta
<i>Tri ocal</i>	<i>#o a o</i>	=asta
<i>Qenticular</i>	<i>#o a o</i>	=asta
<i>Qentes ro resi os Standard</i>	<i>#o a o</i>	=asta
<i>Qentes ro resi os Premium</i>	<i>#o a o</i>	=asta
<i>Vi el</i>	<i>#o a o</i>	=asta
<i>Vi el</i>	<i>#o a o</i>	=asta
<i>Vi el</i>	<i>#o a o</i>	=asta
<i>Vi el</i>	<i>o a o, del costo total menos "llo ance de</i>	=asta

V#@V-S-VQVT-S



<i>Tratamiento y t</i>		V "
<i>Tinte Solid or Gradient)</i>		V "
<i>"nti rayasos ara lente standard</i>	<i>#o a o</i>	=asta
<i>Policar onato Standard ara adultos</i>		V "
<i>Policar onato Standard ara ni os menores de a os</i>	<i>#o a o</i>	=asta
<i>#a a "ntire lecti a Standard</i>		V "
<i>Polari ado</i>	<i>de descuento del recio al detal</i>	V "
<i>Totocrom tico Transitions Plastic</i>		V "
<i>Qentes Premium antire lecti os</i>		V "
<i>Vi el</i>		V "
<i>Vi el</i>		V "
<i>Vi el</i>	<i>del car o</i>	V "
<i>\ traso ciones</i>	<i>de descuento del recio al detal</i>	V "

OVT-S) - #AVT" #T\



<i>#on encional</i>	<i>#o a o "llo ance de descuento or endma del alance de</i>	=asta
<i>) esec a les</i>	<i>#o a o "llo ance</i>	=asta
<i>U edicamente necesario</i>	<i>#o a o Pa ado #om leto</i>	=asta

R L

<i>- amen</i>	<i>cada meses</i>
<i>Qentes o lentes de contacto</i>	<i>cada meses</i>
<i>U onturas</i>	<i>cada meses</i>

sted es elegible para obtener el bene icio de Lentes o Lentes de contacto una ve cada 12 meses contado desde la ltima ec a de servicio mportante Su plan elta ision cubrir el bene icio de Lentes o el bene icio de Lentes de contacto no ambos

S S L S

- 40% para el segundo par de espejuelos
- 15% para la compra de los próximos lentes de contacto convencionales
- 15% para la cirugía Lasik o 5% de descuento del precio en promoción - solo en proveedores participantes
- 40% en examen de audición - solo en proveedores participantes

S S L L S L R 2 L R 8

Limitaciones pueden aplicar para ciertos bene icios lgunos servicios pueden estar excluidos avor de re erirse a su certi icado de bene icios para las limitaciones exclusiones