

\* Resumen de Servicios Cubiertos

\*\* Red de Proveedores: Delta Dental PPO

### POLIZA ECO

<p><b>Cubierta A – Servicios de Diagnóstico y Preventivo</b></p> <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 (3) años</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>- Radiografía periapicales sencillas hasta 6 en una 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 estan cubiertos en anteriores ni primarios</li> <li>- Sellantes en molares y premolares permanentes para niños menores de 14 años, (1) uno de por vida por diente</li> </ul>	<p><b>100%</b></p>
<p><b>Cubierta B – Servicios Regulares de Restauración</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Restauraciones en amalgama (plata), en molares y premolares, limitado a cada (36) meses por superficie</li> <li>- Restauraciones en resina en toda la dentadura, limitado a cada (36) meses por superficie</li> <li>- Tratamiento paliativo (tratamiento de emergencia para aliviar el dolor)</li> <li>- Coronas de acero inoxidable en dientes deciduos (de leche), para niños menores de 14 años</li> </ul> <p style="text-align: center;"><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, excluye cirugía periodontal</li> <li>- Exostosis (remoción de sobrehueso)</li> <li>- Frenulectomia (corrección del frenillo)</li> </ul>	<p><b>70%</b></p>
<p><b>Máximo por persona por año póliza, para las cubiertas A y B</b></p>	<p><b>\$1,000.00</b></p>

**COSTOS MENSUALES: INDIVIDUAL \$18.00 PAREJA \$36.00 FAMILIAR \$54.00**

\*Limitaciones pueden aplicar para ciertos beneficios, algunos servicios pueden estar excluidos. Por favor refiérase a su póliza para la lista completa de las limitaciones y exclusiones.

\*\***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** ni paga por servicios en los **Estados Unidos**. [www.deltadentalpr.com](http://www.deltadentalpr.com)

Delta Dental Mobile App disponible para:



## 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 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 pagara 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. Período 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.

### 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.
- Cualquier procedimiento iniciado con anterioridad a la fecha de inscripción a la cubierta de este plan
- Injertos extraorales (trasplantes de tejidos de fuera de la boca al tejido oral)
- Coronas de porcelana y porcelana fundida a metal
- Puentes fijos y parciales removibles
- 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 por tratamiento de ortodoncia (tratamiento de mal oclusión de los dientes y/o la mandíbula)
- Servicios o suministros para la reparación de prótesis (reparación de dentaduras parciales o completas, incluyendo procedimientos de rebasado y relleno)
- Servicios o suministros para coronas, restauraciones en coronas, incrustaciones de resina y para el tratamiento de caries (visible deterioro de la estructura dura del diente) cuando los dientes no se pueden restaurar con amalgama, porcelana sintética, restauraciones plásticas.
- Servicios o suministros para prostodoncia (procedimientos para la construcción de puentes fijos, prótesis parciales o dentaduras completas y la reparación de puentes fijos)
- 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 **ECO** PPO incluida en esta póliza.



**\* 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>- Radiografía periapicales sencillas hasta 6 en una 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 estan cubiertos en anteriores ni 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) <b>APLICA PERIODO DE ESPERA DE (6) SEIS MESES</b></li> <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> <p><b>LOS SERVICIOS A CONTINUACION (CUB C1, C2 Y CUB D) TIENEN UN PERIODO DE ESPERA DE 8 MESES</b></p>	<b>70%</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 dentaudas 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>

**COSTOS MENSUALES: INDIVIDUAL \$22.00 PAREJA \$44.00 FAMILIAR \$ 58.00**

\*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** ni paga por servicios en los **Estados Unidos.** [www.deltadentalpr.com](http://www.deltadentalpr.com)

**Delta Dental Mobile App disponible para:**



## 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 pagara 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.



SOLICITUD INDIVIDUAL/FAMILIAR

NUEVO  CAMBIO  TERMINACION

A S E G U R A D O	APELLIDOS			NOMBRE			FECHA EFECTIVIDAD					
	SEGURO SOCIAL		FECHA NACIMIENTO MM/DD/YYYY		GENERO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		TELEFONOS			EMAIL		
	DIRECCION POSTAL						PUEBLO			PR	ZIP CODE	
	DIRECCION RESIDENCIAL URBANIZACION / NUMERO / CALLE						PUEBLO			PR	ZIP CODE	
	<input type="checkbox"/> CUBIERTA <input type="checkbox"/> ECO <input type="checkbox"/> MAX		<input type="checkbox"/> IND \$	<input type="checkbox"/> PAREJA \$		<input type="checkbox"/> FAMILIAR \$		¿Ha tenido cubierta con DELTA DENTAL anteriormente? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuando terminó?				
D E P E N D I E N T E S	DEPENDIENTES ELEGIBLES		APELLIDOS			# SEG SOCIAL		REL	GENERO		FECHA NACIMIENTO MM/DD/YYYY	
	NOMBRE INICIAL								<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
	1.								<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
	2.								<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
	3.								<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
	4.								<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
	5.								<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
6.								<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
<b>RAZON CAMBIO</b> Nota: Favor indicar tipo de cambio Las fechas: MM / DD / YYYY <input type="checkbox"/> CAMBIO DIRECCION <input type="checkbox"/> NACIMIENTO/ADOPCION - FECHA _____ <input type="checkbox"/> MUERTE _____ <input type="checkbox"/> REINSTALACION (EFECTIVO) _____ <input type="checkbox"/> ELIMINAR DEPENDIENTES (EFECTIVO) _____ <input type="checkbox"/> AÑADIR DEPENDIENTES (EFECTIVO) _____ <input type="checkbox"/> OTROS (EXPLICAR) _____												
M E T O D O	<b>INFORMACION BANCARIA (DEBITO DIRECTO)</b> CHEQUE <input type="checkbox"/> AHORROS <input type="checkbox"/> FECHA TRANSACCION <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 16 Nota: Incluya Cheque Nulo o Confirmación de # Cuenta, Ruta y Tránsito. <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> 3 MESES <input type="checkbox"/> 6 MESES <input type="checkbox"/> ANUAL											
	NOMBRE BANCO			SUCURSAL			# CUENTA			#RUTA		
	NOMBRE DE LA PERSONA EN LA CUENTA AUTORIZANDO EL PAGO						FIRMA			FECHA		
	TARJETA DE CREDITO <input type="checkbox"/> VISA® <input type="checkbox"/> MASTER CARD® <input type="checkbox"/> INICIAL <input type="checkbox"/> RECURRENTE											
	NUMERO TARJETA						FECHA / EXP					
P A G O	NOMBRE DE LA PERSONA (como aparece en la tarjeta) _____ EMAIL _____											
	DIRECCION COMO APARECE EN ESTADO DE CUENTA - (Si es diferente)											
A U T O R I Z A C I O N	1. Esta autorización se mantendrá en cumplimiento y efecto hasta que Delta Dental of PR, Inc. reciba una notificación escrita de la persona autorizada a realizar cualquier cambio de información en esta solicitud. 2. Recuerde que la transacción será efectuada el día 1 o 16 de cada mes según su selección. Si tiene algún cambio de cuenta bancaria favor notificarlo antes de la fecha del descuento. Todo cambio (cuenta bancaria, dirección, teléfonos, email) es responsabilidad del cliente informarlos por escrito, carta, email o fax. Email: <a href="mailto:individual@deltadentalpr.com">individual@deltadentalpr.com</a> - Dir. Postal: Metro Office Park / 14 Calle 2 Suite 200 / Guaynabo PR 00968 - Fax: 787-781-3298 3. Los estados de cuenta bancarios serán el recibo de pago. 4. Delta Dental of PR, Inc. se reserva el derecho de terminar esta forma de pago y su participación en el mismo. 5. Autorizo a Delta Dental of PR, Inc. a originar débitos electrónicos a mi cuenta bancaria o tarjeta de crédito especificada. 6. Toda transacción devuelta conllevará un cargo de \$15.00 por manejo y procesamiento del mismo.											
	<b>FIRMA: TENEDOR DE TARJETA / CUENTA BANCARIA</b> _____ <b>FECHA</b> _____ <b>NOTA:</b> Esta solicitud debe estar acompañada de su primer pago											
O R I E N T A C I O N	*PERIODOS DE ESPERA: ECO ENDODONCIA - 6 MESES CIRUGIA ORAL - 6 MESES PERIODONCIA - 6 MESES MAX ENDODONCIA - 6 MESES CIRUGIA ORAL - 6 MESES PERIODONCIA - 6 MESES PROSTODONCIA - 8 MESES ORTO - 8 MESES											
	En la orientación ofrecida por el Representante Autorizado sobre nuestros productos es importante que usted entienda: los beneficios del Plan seleccionado, la tarifa seleccionada, los periodos de espera, el débito a su cuenta bancaria y la veracidad de la información provista por usted en la solicitud.											
	Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presentare, ayudare o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación por un mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado, por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil (\$5,000) dólares, ni mayor de diez mil (\$10,000) dólares o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años, o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un máximo de dos (2) años.											
	MARCAR UNO: <input type="checkbox"/> DESEO RECIBIR MIS DOCUMENTOS POR CORREO ELECTRONICO (EMAIL) <input type="checkbox"/> CORREO REGULAR (US MAIL) Certifico por la presente que la información suministrada es correcta a mi mejor entender. Nombre del cliente _____ <b>Firma del cliente</b> _____ Fecha _____											
I N F O	<input checked="" type="checkbox"/> REPRESENTANTE AUTORIZADO <input type="checkbox"/> PRODUCTOR <input type="checkbox"/> DIRECTO											
	NOMBRE FELIX MALDONADO			LICENCIA 8247			DIRECCION PMB 444 PO BOX 7105 PONCE, PR 00732					
	TELEFONOS 939-639-8174			EMAIL maldonadoinsurance@gmail.com			FIRMA 			FECHA		

FIRMA ASEGURADO

FECHA



DELTA DENTAL OF PR, INC.

ACUSE DE RECIBO

POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE:

-Se debitará por adelantado el primer pago para cubrir el primer mes de cubierta,

-Delta Dental of PR, Inc. hará un cargo de **\$15.00** dólares por transacción devuelta bancaria o de tarjeta de crédito

-Confirmando que mi dentista pertenece a la red Delta Dental PPO y que estoy consciente de los periodos de espera:

**ECO** 6 meses para los servicios con el Cirujano Maxilofacial, Periodoncia y Endodoncia

**MAX** con los mismos periodos de espera de la ECO y 8 meses para las Coronas, Puentes y Ortodoncia

- Y que el plan no provee para reembolsos ni para servicios fuera de PR (esto incluye los Estados Unidos).

---

Firma del solicitante

Fecha

---

# FÉLIX MALDONADO, HIA

## PLANES MÉDICOS | SEGUROS | ANUALIDADES

### Instrucciones:

- Debe completar toda la información requerida en la solicitud de ingreso.
- Debe tener todas las firmas (Cuatro en la solicitud de ingreso y una en el acuse de recibo).
- Debe indicar si desea que los débitos se realicen los días 1 o 16 de cada mes (excepto el primer mes que se cobra por adelantado)
- Si el método de pago que elige es cuenta de cheque o de ahorro, debe enviar evidencia de la misma (parte superior del estado de cuenta, cheque cancelado o carta de certificación bancaria. El número de la cuenta debe verse completo).
- Si la cuenta de banco no está a nombre del suscriptor principal, el poseedor de la misma debe enviar una carta autorizando a Delta Dental a realizar los débitos junto con copia de su identificación con foto.
- Los documentos deben ser enviados **SÓLO** a la siguiente dirección de correo electrónico: [maldonadoinsurance@gmail.com](mailto:maldonadoinsurance@gmail.com). Recuerde que la solicitud incluye su información personal y confidencial, por lo que debe asegurarse de enviarlos a la dirección correcta.
- Debe comunicarse con nosotros al teléfono **(787) 708-6910** para confirmar el recibo de los documentos enviados.

**IMPORTANTE:\*\*\*NO NOS HAREMOS RESPONSABLES DE DOCUMENTOS ENVIADOS A OTRO CORREO ELECTRÓNICO\*\*\***

**Félix Maldonado Cruz, HIA**

E-mail: [maldonadoinsurance@gmail.com](mailto:maldonadoinsurance@gmail.com)

Oficina: (939) 273-5000 Celular: (939) 639-8174 Fax: 1-866-687-5551

Dirección Postal: PMB 4444 PO Box 7105, Ponce PR 00732