

Beneficios para S W Rodgers Company

Número del grupo: 6113

Fecha de entrada en vigor: January 1, 2012

Esta hoja contiene una breve descripción de importantes características del programa dental Delta Dental PPO más Premier. De acuerdo con este programa, puede solicitar los servicios de cualquier dentista que usted desee. Sin embargo, sus gastos por desembolso pueden ser menores cuando seleccione un dentista que participe con Delta Dental.

Diseño De la Ventaja De Plan	Plan Diferencial			Descripción General Del Plan
	Dentro de la red *		Fuera de la red *	
	PPO	Premier		
Deducible por el año de contrato	\$50	\$50	\$50	Limite de 3 por familia por calendario de un año
Beneficio Máximo Anual	\$1,000	\$1,000	\$1,000	Por miembro, por calendario de un año

* Las cantidades enumeraron bajo diferencial del plan son las ventajas deducibles y máximas permitidas. La en-red y los deducibles y los máximos de la hacia fuera-de-red no son separados y las cantidades aplicadas a una se aplicarán a la otra.

Beneficios cubiertos y coaseguro

(Delta Dental pagará el porcentaje declarado de la asignación del plan con base en la participación del dentista con Delta Dental).

Cobertura	Dentro de la red *		Fuera de la red*	Limitaciones del beneficio	Periodo de espera del beneficio
	PPO	Premier			
Diagnóstico y cuidados preventivos	100%	100%	100%	<i>(Estos servicios están exentos del deducible)</i>	Ninguno
<ul style="list-style-type: none"> - Exámenes orales y limpieza. - Aplicaciones de fluoruro. - Radiografía interproximal (bitewing). - Radiografías de boca completa/panorámicas. - Selladores. - Mantenedores de espacio. - Programa Healthy Smile, Healthy You ® 				<p>Dos veces en un periodo de calendario de un año. Limpieza Periodóntica se concidera regular y está sujeta a los beneficios limitados para liempieza regulares.</p> <p>Una vez en un período de calendario de un año para dependientes menores de 19 años.</p> <p>Una vez en un periodo de calendario de un año, limitado a cuatro radiografías interproximales.</p> <p>Límite de una cada tres años.</p> <p>Sólo para primeros y segundos molares permanentes, sin caries, sin restaurar, para dependientes menores de 16 años de edad, una aplicación por diente.</p> <p>Para dependientes menores de 14 años de edad.</p> <p>Las mujeres embarazadas y miembros diabéticos inscritos tienen derecho a una limpieza adicional (o si el miembro tiene antecedentes de cirugía periodontal una visita de mantenimiento adicional.</p>	
Cuidados dentales básicos	80%	80%	80%	<i>(Aplica el deducible)</i>	Ninguno
<ul style="list-style-type: none"> - Amalgama (plata) y empastes compuestos (blancos). - Coronas de acero inoxidable. - Cirugía Oral - Reparación de dentaduras postizas y reempaste de coronas, puentes y dentaduras postizas. - Servicios de endodoncia/terapia del conducto radicular. - Servicios de periodoncia. 				<p>Los empastes compuestos (blancos) se limitan a los 6 dientes frontales superiores e inferiores. Otro tratamiento sólo después de que hayan transcurrido 2 años a partir del tratamiento inicial.</p> <p>Limitado a dientes de leche (bebé) para participantes menores de 14 años de edad.</p> <p>Extracciones sencillas., impactaciones, y otros procedimientos de cirugía menor.</p> <p>El costo e limita a la mitad del costo de una nueva dentadura postiza o prótesis.</p> <p>Nuevo tratamiento solamente despues de 2 años del tratamiento canal radical inicial.</p> <p>Aplican limitaciones de 2 a 3 años con base en los servicios prestados.</p>	

Los beneficios de cuidados dentales mayores continúan en la página siguiente.

Beneficios cubiertos y coaseguro

(Delta Dental pagará el porcentaje declarado de la asignación del plan con base en la participación del dentista con Delta Dental).

Cobertura	Dentro de la red*		Fuera de la red*	Limitaciones del beneficio	Periodo de espera del beneficio
	PPO	Premier			
Cuidados dentales mayores	50%	50%	50%	(Aplica el deducible)	Ninguno
– Prostodoncia/dentaduras postizas/puentes – Coronas				Una vez cada 5 años y sólo cuando no se pueda restaurar una prótesis existente. Los puentes fijos o parciales desmontables no son beneficios para los dependientes menores de 16 años de edad. Una por diente cada 5 años y sólo cuando no se pueda restaurar un diente existente. El beneficio sólo está disponible cuando el diente esté dañado por la caries o fracturado hasta el punto que no pueda restaurarse por una amalgama o empaste compuesto. Las coronas para dependientes menores de 12 años de edad no están cubiertas. Los dispositivos prostéticos provisionales no son un beneficio separado. Cualquier cargo por estos dispositivos se incluye en el cargo por el dispositivo permanente.	

*Por favor consulte [Selección de un dentista](#)

LA COBERTURA ESTÁ DISPONIBLE PARA:

- El inscrito y la(el) esposa(o)
- Hijos dependientes, solamente hasta el final de año en que ellos cumplen 19 años (la "edad limitada").
- Estudiantes de tiempo completo, solamente hasta el final de año en que cumplen 23 años (la "edad limitada"). (para calificar como estudiante de tiempo completo, el dependiente tiene que atender una escuela secundaria reconocida, colegio de marca, colegio o universidad en tiempo completo.)

USO DE SU PROGRAMA DELTA DENTAL PPO MÁS PREMIER

Para utilizar el programa, sólo llame al consultorio dental de su elección y programe una cita. Los consultorios dentales participantes tendrán formas de reclamo que completarán y enviarán a Delta Dental of Virginia (Delta Dental). A complete list of participating dentists is included on our website at www.deltadentalva.com.

El programa Delta Dental PPO más Premier le permite: (1) cambiar dentistas en cualquier momento sin aprobación previa; y (2) acudir con un especialista sin aprobación previa.

Durante su primera cita, proporcione a su dentista la siguiente información. (1) el número de seguro social del empleado; y (2) informe al dentista que su programa es mediante Delta Dental of Virginia.

SELECCIÓN DE UN DENTISTA

Puede seleccionar al dentista de su elección. Sin embargo, usted recibirá el mayor nivel de beneficios disponibles en programa de grupo al seleccionar a un dentista que participe con Delta Dental PPO. Además, sus desembolsos serán menores si usa los servicios de un dentista participante.

Si selecciona un:

Dentista de Delta Dental PPO	Dentista de Delta Dental Premier	Dentistas no participantes
<ul style="list-style-type: none"> • El pago se realizará directamente al dentista. • El pago de Delta Dental se basará en la asignación de Delta Dental PPO para los beneficios cubiertos. • El dentista aceptará el pago de Delta Dental, además de cualquier coaseguro y deducible que se requiera (si aplica) como el pago total. 	<ul style="list-style-type: none"> • El pago se realizará directamente al dentista. • El pago de Delta Dental se basará en la asignación de Delta Dental Premier para los beneficios cubiertos. • El dentista aceptará el pago de Delta Dental, además de cualquier coaseguro y deducible que se requiera (si aplica) como el pago total. • El monto que adeudaría a un dentista participante que <u>no</u> sea un dentista de Delta Dental PPO puede ser mayor que el monto que adeudaría a un dentista de Delta Dental PPO por los mismos beneficios cubiertos. 	<ul style="list-style-type: none"> • El pago se realizará directamente a usted. • El pago de Delta Dental se basará en las asignaciones para dentistas no participantes para los beneficios cubiertos. • Usted será responsable de cualquier coaseguro y deducible que se requiera (si aplica) así como de cubrir la diferencia entre el cargo del dentista no participante y el pago de Delta Dental. • El monto que adeudaría a un dentista no participante puede ser mayor que el monto que adeudaría a un dentista de Delta Dental PPO o Delta Dental Premier por los mismos beneficios cubiertos.

EXCLUSIONES

Delta Dental no cubrirá, bajo ninguna circunstancia, ninguno de los siguientes:

- Servicios o suministros que no sean servicios dentales, también servicios no enumerados específicamente como cubiertos en los documentos del plan.
- Servicios o tratamiento administrado por alguien que no sea un dentista o higienista dental calificado que trabaje bajo la supervisión de un dentista.
- Un servicio dental que, a criterio de Delta Dental (sujeto a todas y cada una de las apelaciones internas y externas disponibles para un inscrito) determine que no es necesario o habitual para el diagnóstico o tratamiento de su padecimiento. Al tomar esta determinación, Delta Dental tomara en cuenta los estándares generalmente aceptados de la práctica dental con base en los servicios dentales proporcionados. Además, cada beneficio cubierto debe demostrar que es necesario para los dientes. La necesidad dental se determina de conformidad con los estándares generalmente aceptados de la odontología.
- Los servicios dentales por lesiones o padecimientos que pudieran estar cubiertos conforme a la compensación a trabajadores u otras leyes de responsabilidad del empleador u otra cobertura de plan médico; también los beneficios o servicios que estén disponibles conforme a cualquier programa de gobierno federal o estatal (sujeto a las reglas y normas de dichos programas) o de cualquier fundación de beneficencia o entidad similar.
- Los servicios dentales para el diagnóstico o tratamiento de enfermedades, lesiones u otros padecimientos para los que sea candidato para cobertura conforme a su plan médico mayor, hospitalario o médico/quirúrgico.
- Los servicios dentales iniciados o administrados antes de la fecha de inscripción conforme a este plan dental. También, con excepción de lo estipulado en los documentos del plan, los beneficios para un tratamiento que inició antes de inscribirse conforme a este plan dental.
- Con excepción de lo estipulado en los documentos del plan, servicios dentales administrados después de la fecha en que la persona ya no esté inscrita o sea candidata para la cobertura conforme a los documentos del plan.
- Con excepción de lo estipulado en los documentos del plan, los medicamentos con y sin receta; las medicaciones previas; los programas de control preventivo, las instrucciones de higiene oral y la analgesia relacionada.
- La anestesia general cuando se extraerán menos de tres (3) dientes durante la misma visita al consultorio.
- Férulas u otros dispositivos para soportar, proteger o inmovilizar estructuras orales que se hayan aflojado o reimplantado, fracturado o traumatizado.
- Cargos por servicios hospitalarios para pacientes internados y ambulatorios; cargos adicionales que el dentista pudiera cobrar por tratar a un paciente en un hospital, hogar de ancianos u otra instalación similar.
- Cargos para completar un formulario de reclamo, copiar registros o responder a las solicitudes de información de Delta Dental.
- Cargos por faltar a una cita programada.
- Cargos por consultas en persona, por teléfono u otros medios electrónicos.
- Cargos por interpretación de radiografías.
- Servicios dentales en la medida que se administren o se hubieran administrado los beneficios si el miembro se hubiera inscrito, solicitado o mantenido su elegibilidad conforme al Título XVIII de la Ley del Seguro Social (Medicare), lo que incluye cualquier enmienda u otro cambio a dicha Ley.
- Los servicios gratuitos o dentales por los que usted no estaría obligado a pagar en caso de falta de cobertura conforme a los documentos del plan o cualquier cobertura similar.
- Los servicios o tratamiento administrados a un familiar inmediato por el dentista tratante. Esto incluiría al padre/madre, cónyuge o hijo del dentista.
- Servicios dentales y suministros para el dispositivo de reemplazo o repetición del tratamiento con dispositivos prostéticos perdidos, colocados indebidamente o robados, lo que incluye mantenedores de espacio, puentes y dentaduras postizas (entre otros dispositivos).
- Los servicios dentales u otros servicios que Delta Dental determine que tienen el propósito de corregir malformaciones congénitas, también, cirugía cosmética u odontología con propósitos estéticos.
- El reemplazo de dientes faltantes congénitamente mediante implante dental, prótesis fija o desmontable ya sea que se relacione o no con el resultado de un diagnóstico médico, entre otros, displasia ectodérmica hereditaria.

- Los procedimientos dentales experimentales o de investigación, suministros así como los servicios o procedimientos derivados de las complicaciones de los mismos. Procedimientos experimentales o de investigación, servicios o suministros son aquellos que, a criterio de Delta Dental: (a) estén en etapa de pruebas; (b) no se ajusten a los estándares generalmente aceptados de la práctica dental o (c) no se haya demostrado que sean eficaces de manera consistente para el diagnóstico o tratamiento del padecimiento del miembro.
- Los servicios dentales para restaurar la estructura del diente debido al desgaste (escoriación, erosión, desgaste o abfracción), para reconstruir o mantener las superficies para masticar debido a que los dientes no estén alineados o haya oclusión dental o para estabilizar los dientes. Dichos servicios incluyen, entre otros, equilibrio dental y ferulización periodontal.
- Los servicios dentales, procedimientos y suministros que sean necesarios debido a hábitos dañinos. Un ejemplo de un hábito dañino es apretar o hacer rechinar los dientes.
- Los servicios facturados conforme a múltiples códigos de procedimientos de servicios dentales que, a criterio de Delta Dental (sujeto a todas y cada una de las apelaciones internas y externas disponibles para usted) se determine que debieron facturarse conforme a un sólo código de procedimiento más amplio. Delta Dental basa su pago en la asignación para el código más amplio, no en la asignación o asignaciones para los códigos componentes subyacentes.
- Los servicios facturados conforme a un código de procedimiento de servicio dental que, a criterio de Delta Dental (sujeto a todas y cada una de las apelaciones internas y externas disponibles para usted) se determine que debió facturarse conforme a un código que describa con más exactitud el servicio dental. Delta Dental basa su pago en su determinación del código de servicio dental más exacto.
- Los montos calculados por los reguladores estatales o locales de los servicios dentales o suministros.
- Los montos que superen las asignaciones del plan acordadas por el dentista para los beneficios cubiertos.

La información anterior se ofrece como una breve descripción del programa Delta Dental PPO más Premier y lo que Delta Dental paga por los servicios cubiertos conforme al programa. No es un resumen de la descripción del plan ni es una prueba de cobertura para el programa. Delta Dental of Virginia administra este programa Delta Dental PPO más Premier. Si tiene preguntas específicas respecto a la estructura de beneficios, limitaciones o apartados excluyentes, consulte el documento del plan o llame al Departamento de Servicios de los Beneficios de Delta Dental al 800-237-6060.

Delta Dental of Virginia Declaración de misión

“Para mejorar la salud pública mediante el liderazgo del mercado como expertos dentales proporcionando beneficios dentales de calidad y un servicio superior apoyado en la ciencia empírica y la tecnología innovadora”.



Delta Dental of Virginia
4818 Starkey Road
Roanoke, Virginia 24018-8542
800-237-6060
www.deltadentalva.com