

Resumen de beneficios dentales y matriz de divulgación de cobertura (SDBC, por sus siglas en inglés)

Parte I: INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del plan: 12A – Bradshaw International
Tipo de línea de producto: Organización para el mantenimiento de la salud dental (DHMO, por sus siglas en inglés)
Nombre del plan: A partir del 01/01/2025

Nombre del producto: DeltaCare® USA
N.º de teléfono del plan: 800-422-4234
Sitio web del plan: es.deltadentalins.com

ESTA MATRIZ ESTÁ PENSADA PARA USARSE COMO AYUDA PARA COMPARAR LOS BENEFICIOS DE COBERTURA Y LO QUE PAGARÁ POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS. ESTE ES SOLO UN RESUMEN Y NO ESTÁ INCLUIDO EL COSTO DE LA PRIMA DE ESTE PAQUETE DE BENEFICIOS DENTALES. CONSULTE SU EVIDENCIA DE COBERTURA Y SU CONTRATO DENTAL PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LAS LIMITACIONES DE LA COBERTURA. PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE SU COBERTURA, VISITE EL SITIO WEB DEL PLAN es.deltadentalins.com O LLAME AL 800-422-4234.

ESTA MATRIZ NO ES UNA GARANTÍA DE GASTOS O PAGOS.

Parte II: DEDUCIBLES

Deducible	Dentro de la red	Fuera de la red
Dental	Ninguno	No corresponde

- **No hay deducible.**
- Un **deducible** es la cantidad que debe pagar por los servicios dentales cubiertos cada año del plan antes de que el plan comience a pagar el costo del tratamiento dental cubierto.
- **Los servicios dentro de la red** son servicios de cuidado dental brindados por dentistas u otros proveedores de cuidado dental con la licencia correspondiente contratados por su plan para prestar servicios dentales.
- **Los servicios fuera de la red** son servicios de cuidado dental brindados por dentistas u otros proveedores de cuidado dental con la licencia correspondiente que no están contratados por su plan.

Parte III: LÍMITES MÁXIMOS QUE PAGARÁ EL PLAN

Límites máximos	Dentro de la red	Fuera de la red
Límite máximo anual	Ninguno	No corresponde.
Límite máximo de por vida para ortodoncia	Ninguno	No corresponde.

- El **límite máximo anual** es la cantidad máxima en dólares que su plan pagará por el costo del cuidado dental dentro de un periodo específico, por lo general, un periodo de 12 meses consecutivos o un año calendario. **No todos los servicios se acumulan hasta el límite máximo anual.**
- El **límite máximo** es la cantidad máxima en dólares que pagará su plan por los beneficios dentales del afiliado. Los límites máximos suelen aplicarse a servicios específicos, como el tratamiento de ortodoncia.

Parte IV: PERIODOS DE ESPERA

Periodos de espera: un periodo de espera es el tiempo que debe transcurrir antes de que usted sea elegible para recibir beneficios o servicios para todos o ciertos tratamientos dentales. **Su paquete de beneficios dentales no tiene periodo de espera.**

Parte V: LO QUE PAGARÁ

Todos los costos de copagos y coseguros que se muestran en este cuadro se aplican después de que se haya alcanzado su deducible, si corresponde. Los procedimientos dentales comunes se ajustan a una de las siguientes categorías correspondientes: prevención y diagnóstico, básico o mayor. La columna de Limitaciones y exclusiones de beneficios incluye únicamente limitaciones y exclusiones comunes. Para obtener la lista completa, consulte el documento de divulgación completo al que se hace referencia en la columna de Limitaciones y exclusiones de beneficios.

Procedimientos dentales comunes	Categoría	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones y exclusiones de beneficios
<i>Examen oral</i>	Diagnóstico y prevención	\$0	no cubierto	- Sin limitaciones ni exclusiones
<i>Radiografía de mordida</i>	Diagnóstico y prevención	\$0	no cubierto	- Sin limitaciones ni exclusiones

<i>Limpieza</i>	Diagnóstico y prevención	\$0	no cubierto	- 1 por periodo de 6 meses
<i>Empaste</i>	Básico	\$22	no cubierto	- Sin limitaciones ni exclusiones
<i>Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta</i>	Básico	\$8	no cubierto	- Sin limitaciones ni exclusiones
<i>Conducto radicular</i>	Básico	\$280	no cubierto	- Sin limitaciones ni exclusiones
<i>Limpieza de sarro y alisado radicular</i>	Básico	\$40	no cubierto	- Limitado a 4 cuadrantes durante 12 meses consecutivos.
<i>Corona de cerámica</i>	Mayor	\$295	no cubierto	- El reemplazo de coronas, incrustaciones inlay y restauraciones onlay requiere que la restauración existente tenga más de 5 años de antigüedad.
<i>Dentadura postiza parcial extraíble</i>	Mayor	\$240	no cubierto	- El reemplazo de una dentadura postiza o de una dentadura postiza parcial requiere que esta tenga 5 años o más de antigüedad.
<i>Extracción, diente erupcionado con extracción del hueso</i>	Básico	\$45	no cubierto	- Sin limitaciones ni exclusiones
<i>Ortodoncia</i>	Ortodoncia	\$1,700	no cubierto	- El copago indicado para cada fase del tratamiento de ortodoncia cubre hasta 24 meses de tratamiento activo. Más allá de los 24 meses, puede aplicarse un cargo mensual adicional que no exceda los \$125.

Parte VI: EJEMPLOS DE COBERTURA

ESTOS EJEMPLOS NO REPRESENTAN UN ESTIMADOR DE COSTOS NI UNA GARANTÍA DE PAGO. Los ejemplos proporcionados representan servicios comúnmente utilizados en las categorías de servicios de diagnóstico y prevención, básicos y mayores con fines ilustrativos y para comparar este producto con otros productos dentales que pueda estar considerando. Es probable que sus costos reales sean diferentes a los que se muestran en el cuadro a continuación dependiendo de la atención real que reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Concéntrese en las cantidades del costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en el resumen de los servicios excluidos del plan.

Dana tiene una cita dental con un nuevo dentista	Sam necesita un empaste dental	Maria necesita una corona
Examen de paciente nuevo, radiografías (radiografía de boca completa) y limpieza	Compuesto de resina, una superficie, dientes posteriores	Corona, sustrato de porcelana o cerámica

Consulta de Dana	Costo de Dana	Consulta de Sam	Costo de Sam	Consulta de Maria	Costo de Maria
Costo total de la atención	Dentro de la red: \$400 Fuera de la red: \$550	Costo total de la atención	Dentro de la red: \$150 Fuera de la red: \$200	Costo total de la atención	Dentro de la red: \$1,300 Fuera de la red: \$1,750
Deducible	Dentro de la red: ninguno Fuera de la red: no cubierto	Deducible	Dentro de la red: ninguno Fuera de la red: no cubierto	Deducible	Dentro de la red: ninguno Fuera de la red: no cubierto
Límite máximo anual (el plan lo pagará)	Dentro de la red: ninguno Fuera de la red: no cubierto	Límite máximo anual (el plan lo pagará)	Dentro de la red: ninguno Fuera de la red: no cubierto	Límite máximo anual (el plan lo pagará)	Dentro de la red: ninguno Fuera de la red: no cubierto

Consulta de Dana	Costo de Dana	Consulta de Sam	Costo de Sam	Consulta de Maria	Costo de Maria
Costo para el paciente (copago o coseguro)	Dentro de la red: \$0 Fuera de la red: no cubierto	Costo para el paciente (copago o coseguro)	Dentro de la red: \$65 Fuera de la red: no cubierto	Costo para el paciente (copago o coseguro)	Dentro de la red: \$295 Fuera de la red: no cubierto
En este ejemplo, Dana pagaría (incluye copagos, coseguro y deducible, si corresponde):	Dentro de la red: \$0 Fuera de la red: \$550	En este ejemplo, Sam pagaría (incluye copagos, coseguro y deducible, si corresponde):	Dentro de la red: \$65 Fuera de la red: \$200	En este ejemplo, Maria pagaría (incluye copagos, coseguro y deducible, si corresponde):	Dentro de la red: \$295 Fuera de la red: \$1,750
Resumen de lo que no está cubierto o está sujeto a una limitación:	Examen: sin limitaciones ni exclusiones Radiografías (FMX): limitado a 1 serie radiográfica intrabucal integral o 1 radiografía panorámica cada 24 meses Limpieza: la limpieza se limita a 1 por periodo de 6 meses.	Resumen de lo que no está cubierto o está sujeto a una limitación:	- Sin limitaciones ni exclusiones	Resumen de lo que no está cubierto o está sujeto a una limitación:	- El reemplazo de coronas, incrustaciones inlay y restauraciones onlay requiere que la restauración existente tenga más de 5 años de antigüedad.