

**Delta Dental of Iowa
Resumen de beneficios y servicios cubiertos para el emplead**

Wells Enterprises Inc.

Deducibles, máximos y elegibilidad	Delta Dental PPO SM	Delta Dental Premier [®] / No Participante
- Deducible individual	\$25	\$50
- Deducible familiar	\$75	\$150
- ¿Se aplica el deducible a los cheques y a la limpieza dental?	No	No
- Máximo por período de beneficios *	\$1,500	\$1,500
- Hijos elegibles hasta la edad de	26	26
- Estudiantes de tiempo completo (solteros) elegibles hasta la edad	99	99
- ¿Se aplica el deducible individual a la ortodoncia?	No	No
- Máximo de por vida para ortodoncia	\$2,000	\$2,000
- Ortodoncia: hijos elegibles hasta la edad de	19	19
- Ortodoncia: estudiantes de tiempo completo elegibles hasta la edad	19	19
- Ortodoncia para adultos	No	No
Beneficios		
Cheques y limpieza dental (Servicios de prevención y diagnóstico)	0%	0%
- Limpieza dental		<i>2 en un período de beneficios con terapia de mantenimiento periodontal</i>
- Exámenes bucales		<i>2 en un período de beneficios</i>
- Aplicaciones de flúor		<i>1 cada 12 meses hasta la edad de 19</i>
- Radiografías		<i>De mordida - 1 cada 12 meses; Boca completa - 1 cada 5 años</i>
- Aplicaciones de selladores		<i>1 por vida 1º y 2º molares permanentes hasta la edad de 15</i>
- Separadores de espacio		<i>Hasta la edad de 15</i>
Reparación de caries y extracciones de dientes (Servicios de rutina y de restauración)	10%	20%
- Tratamiento de emergencia		
- Anestesia general/sedación		
- Restauración de dientes con caries o fracturados		
- Ajustes limitados de oclusión		
- Operación rutina		
- Resinas posteriores sin procesamiento alterno		
Conductos radiculares (servicios de endodoncia)	20%	20%
- Apicectomía		
- Recubrimiento pulpar directo		
- Pulpotomía		
- Empastes retrógrados		
- Tratamiento de conductos radiculares		
Enfermedades de las encías y los huesos (servicios periodontales)	20%	20%
- Procedimientos de conservación (no quirúrgicos)		<i>1 cada 24 mes por cuadrante</i>
- Procedimientos complejos (quirúrgicos)		<i>1 en un período de beneficios por cuadrante</i>
- Terapia de mantenimiento periodontal		<i>2 en un período de beneficios con limpieza dental</i>
Restauraciones de costo elevado (restauraciones con moldes)	50%	50%
- Restauraciones con moldes		
- Coronas		<i>1 cada 5 años</i>
- Incrustaciones inlay		<i>1 cada 5 años</i>
- Restauraciones onlay		<i>1 cada 5 años</i>
- Postes y muñones		
- Recementación de coronas/incrustaciones inlay/restauraciones onlay		
Dentaduras postizas y puentes (servicios protésicos)	50%	50%
- Puentes dentales		<i>1 cada 5 años</i>
- Dentaduras postizas		<i>1 cada 5 años</i>
- Reparaciones y ajustes		
- Recementación de puentes dentales		
- Implantes		
Enderezamiento de los dientes (ortodoncia)	50%	50%
Más opciones		
- Programa de beneficios mejorado	<i>Incluido</i>	<i>Incluido</i>
- Remanente máximo anual-To GoSM	<i>Incluido</i>	<i>Incluido</i>

* Máximo combinado por dentistas PPO, Premier, and No Participante.

Este plan dental incluye el Programa de beneficios mejorado (EBP) que permite beneficios adicionales para personas cubiertas con condiciones médicas o dentales designadas.

Este plan dental incluye el Remanente máximo anual-To GoSM para transferir los Máximos del Período de Beneficios no utilizados al siguiente año del contrato de beneficios. Por favor consulte a su dentista. documento de beneficios para más detalles.

El porcentaje que se muestra es la cantidad del coseguro que es responsabilidad de la persona cubierta.

Esta es una descripción general de la cobertura. No es una declaración de su contrato. La cobertura real está sujeta a los términos y condiciones especificados en el propio documento de beneficios y a la reglamentación de inscripción vigente, en el momento en que los beneficios se vuelven efectivos. Se aplican ciertas exclusiones y limitaciones. Consulte el documento de sus beneficios dentales para obtener más información.

Año de plan 2025