



**Delta Dental of Iowa**  
Resumen de servicios y beneficios cubiertos  
**Wells Enterprises, Inc.**

Delta Dental PPO Plus Premier®	DEDUCIBLE	COSEGURO	MÁX. DE PERÍODO DE BENEFICIOS	MÁXIMO DE POR VIDA
<b>CATEGORÍAS DE BENEFICIOS</b>	\$25 / \$75 PPO \$50 / \$150 Premier \$ 50 / \$ 150 No participante	Delta Dental PPO / Delta Dental Premier - No participante	\$1,500 *	\$2,000
<b>Controles y limpieza de dientes</b> (Servicios preventivos y de diagnóstico) 1. Limpieza dental 2. Exámenes bucales 3. Aplicaciones de fluoruro 4. Radiografías 5. Aplicaciones de sellador 6. Mantenedores de espacio	<b>Exento</b>	<b>00% / 00% / 00%</b>	<b>Sí</b>	<b>N/A</b>
<b>Arreglo de caries y extracciones de dientes</b> (Servicios de rutina y de restauración) 1. Tratamiento de emergencia 2. Anestesia general/sedación 3. Restauración de dientes con caries o fracturas 4. Ajuste oclusivo limitado 5. Cirugía bucal de rutina	<b>Sí</b>	<b>10% / 20% / 20%</b>	<b>Sí</b>	<b>N/A</b>
<b>Conductos radiculares</b> (Servicios de endodoncia) 1. Apicectomía 2. Recubrimiento pulpar directo 3. Pulpotomía 4. Empastes retrógrados 5. Tratamiento de conductos	<b>Sí</b>	<b>20% / 20% / 20%</b>	<b>Sí</b>	<b>N/A</b>
<b>Enfermedades de las encías y de los huesos</b> (Servicios periodontales) 1. Procedimientos de conservación (no quirúrgicos) 2. Procedimientos complejos (quirúrgicos) 3. Terapia de mantenimiento periodontal	<b>Sí</b>	<b>20% / 20% / 20%</b>	<b>Sí</b>	<b>N/A</b>
<b>Restauraciones a un costo elevado</b> (Restauraciones con moldes de yeso) 1. Restauraciones con moldes a. Coronas b. Incrustaciones "inlay" c. Incrustaciones "onlay" d. Pernos y muñones	<b>Sí</b>	<b>50% / 50% / 50%</b>	<b>Sí</b>	<b>N/A</b>
<b>Dentaduras postizas y puentes dentales</b> (Prótesis: reemplazo de dientes faltantes) 1. Puentes dentales 2. Dentaduras postizas 3. Implantes dentales	<b>Sí</b>	<b>50% / 50% / 50%</b>	<b>Sí</b>	<b>N/A</b>
<b>Rectificación de dientes</b> (Ortodoncia: niños elegibles hasta los 19 años)	<b>Sí</b>	<b>50% / 50% / 50%</b>	<b>N/A</b>	<b>Sí</b>

**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 las regulaciones de inscripción vigentes cuando los beneficios entren en vigor. Se aplican ciertas exclusiones y limitaciones.** Un niño elegible es menor de 26 años. El coseguro se muestra como el porcentaje que es responsabilidad de la Persona Cubierta.

Este plan dental incluye el Programa de beneficios mejorados que permite beneficios adicionales para las Personas Cubiertas con condiciones médicas o dentales designadas. Este plan dental también incluye el traspaso máximo anual - TOGO<sup>SM</sup> para el traspaso del máximo del período de beneficios no usado al siguiente año del contrato de beneficios. Consulte su documento de beneficios dentales para obtener más información.

**\*Máximo combinado para proveedores PPO, Premier y no participantes.**  
Tarifas semanales con fecha de entrada en vigor el 1 de enero de 2021  
**SOLTERO - \$3.52 Empleado/Cónyuge - \$5.88 Empleado/Hijos - \$7.04 FAMILIAR - \$8.22**