



Resumen de su cobertura dental

Programa Dental de Michigan

Si está inscrito en el Programa Dental de Michigan (Michigan Dental Program, MDP) administrado por Delta Dental, debe recibir los servicios a través de un dentista de la red Delta Dental PPO™ para que estén cubiertos. Si los servicios se brindan a través de un dentista no participante o un dentista que pertenece a la red Delta Dental Premier®, estos no se pagarán y usted será responsable de los gastos.

Dentistas de la red Delta Dental PPO: Su plan dental está diseñado para ofrecerle beneficios cuando utiliza dentistas de la red Delta Dental PPO. Estos dentistas aceptan el monto aprobado por Delta Dental PPO como pago total de los servicios cubiertos.

Dentistas de la red Delta Dental Premier: Si bien los dentistas de la red Delta Dental Premier son proveedores participantes de Delta Dental, el MDP no cubre los servicios brindados por dentistas de esta red. Usted es responsable de todos los costos cuando utiliza un dentista fuera de la red Delta Dental PPO.

Dentistas no participantes: Los dentistas que no participan en la red de Delta Dental se consideran dentistas no participantes y el MDP no cubre los servicios brindados por este tipo de proveedor. Cuando utilice un proveedor no participante, usted será responsable de todos los costos.

Ejemplo de cómo funciona

Como se muestra a continuación, sus costos de bolsillo serán más bajos si visita a dentistas de Delta Dental PPO.

		DENTISTA DE DELTA DENTAL PPO	DENTISTA DE DELTA DENTAL PREMIER	DENTISTA FUERA DE LA RED
LIMPIEZA PARA ADULTOS	Tarifa presentada	\$90	\$90	\$90
	Tarifa máxima permitida	\$54	\$77	\$63
	Nivel de cobertura	100 %	Sin cobertura	Sin cobertura
	Suma que paga Delta Dental	\$54	\$0	\$0
	SUMA QUE USTED PAGA	\$0	\$77	\$90
CORONA	Tarifa presentada	\$950	\$950	\$950
	Tarifa máxima permitida	\$675	\$898	\$744
	Nivel de cobertura	100 %	Sin cobertura	Sin cobertura
	Suma que paga Delta Dental	\$675	\$0	\$0
	SUMA QUE USTED PAGA	\$0	\$898	\$950

NOTA: Los ejemplos de pago anteriores son solamente ilustrativos. Las tarifas y los reembolsos pueden variar según la ubicación y el dentista. Sin embargo, sí representan cómo se determina el pago.

¿Tiene alguna pregunta? Llame al servicio al cliente de Delta Dental of Michigan al 800-524-0149, o bien visite www.deltadentalmi.com.

Servicios cubiertos y no cubiertos por el Programa Dental de Michigan

Servicios cubiertos

- Exámenes bucales (dos por año calendario)
- Exámenes específicos para un problema
- Radiografías
 - Radiografías de mordida (una por año calendario)
 - Radiografías panorámicas o de boca completa (una en cinco años)
 - Radiografías periapicales limitadas según sea necesario
- Limpieza dental (tres por año calendario)
- Desbridamiento de la boca completa (uno por año calendario)
- Limpieza de sarro y alisado radicular (una vez en un período de 24 meses); a veces se denomina limpieza profunda
- Mantenimiento periodontal, después de la limpieza de sarro y el alisado radicular (tres por año calendario)
- Tratamiento con flúor en el consultorio (tres por año calendario) en las citas de limpieza dental
- Pasta dental recetada (tres por año calendario junto con limpieza)
- Gingivectomía y cirugía de colgajo gingival (una vez cada 36 meses)
- Los selladores están cubiertos para el primer y segundo molar permanente
- Biopsia con cepillo
- Empaste de cavidades
- Coronas y subestructuras de muñones para los dientes número 3-14 y 19-30:
 - Límite de dos coronas por año calendario
 - Una corona en el mismo diente tiene cobertura (una en cinco años)
 - No se requiere ningún pago por coronas en el segundo y tercer molar; no se incluyen los dientes número 1, 2, 15, 16, 17, 18, 31 y 32
- Protectores oclusales (uno en cinco años)
- Conducto radicular para los dientes número 3-14 y 19-30:
 - Limitado a dos conductos radiculares por año calendario
 - No se requiere ningún pago por conductos radiculares en el segundo y tercer molar; no se incluyen los dientes número 1, 2, 15, 16, 17, 18, 31 y 32
- Extracciones, simples y quirúrgicas
- Otra cirugía bucal limitada
- Sedación/anestesia intravenosa (cuando sea médicamente necesario)

- Dentadura postiza completa (una en cinco años)
- Dentadura postiza parcial (una en cinco años)
- Ajustes y reparaciones de dentaduras postizas
- Rebasado y recubrimiento de dentaduras postizas (una vez en tres años)
- Acondicionamiento de tejidos (dos veces en tres años)
- Recementado de coronas y puentes
- Puentes solo para el arco superior: el plan dental solo pagará un puente fijo de tres unidades de porcelana fundida con metal para reemplazar un solo diente faltante (uno cada cinco años)
- Tratamiento de emergencia

Servicios no cubiertos

Si recibe un servicio que no está cubierto, deberá pagarlo. Algunos de los servicios que no están cubiertos son:

- Cualquier servicio dental brindado por un dentista fuera de la red Delta Dental PPO (dentistas que no son de la PPO)
- Coronas para el segundo o tercer molar; no se incluyen los dientes número 1, 2, 15, 16, 17, 18, 31 y 32
- Conductos radiculares para el segundo o tercer molar; no se incluyen los dientes número 1, 2, 15, 16, 17, 18, 31 y 32
- Puentes para el arco inferior
- Puentes con cuatro o más dientes involucrados
- Puentes con estructura completa de porcelana/cerámica
- Cirugía periodontal, que no sea gingivectomía ni cirugía de colgajo gingival
- Correctores dentales
- Implantes y servicios de implante
- Implantes de coronas o dentaduras postizas sujetadas a un implante
- Odontología cosmética, incluido el blanqueamiento
- Dentaduras postizas temporales
- Radiografías 2D o 3D
- Servicios cubiertos en virtud de un programa hospitalario, quirúrgico/médico o de medicamentos recetados
- Tratamiento de trastornos de la unión temporomandibular (TMJ)
- Incrustaciones intracoronarias y extracoronarias