

# Siga sonriendo

## Delta Dental PPO™



### Quédese en la red y ahorre

Consulte a un dentista de la red PPO<sup>1</sup> para maximizar sus ahorros.<sup>2</sup> Estos dentistas han accedido a reducir sus cargos y a usted no se le cobrará más de la parte que le corresponde de la factura.<sup>3</sup> Encuentre un dentista de la PPO en [es.deltadentalins.com](https://es.deltadentalins.com).

Si no puede encontrar a un dentista de la PPO, los dentistas de Delta Dental Premier<sup>®</sup> ofrecen la siguiente mejor oportunidad para ahorrar. A diferencia de los dentistas que no son de Delta Dental, ellos han accedido a que sus cargos sean fijos y a usted no se le cobrará más de la parte que le corresponde de la factura.

### Abra una cuenta en línea

Obtenga información sobre su plan consulte sus beneficios e información de elegibilidad, busque a un dentista de la red y más. Regístrese para obtener una cuenta en línea en [es.deltadentalins.com](https://es.deltadentalins.com).

### No cargue con otra tarjeta de identificación

No tiene que llevar una tarjeta de identificación de Delta Dental a su consulta con el dentista. Simplemente proporcione al dentista su nombre, fecha de nacimiento y número de identificación de afiliado o número de seguro social. Si los miembros

de su familia tienen cobertura en su plan, deberán proporcionar los datos de usted. ¿Prefiere llevar una tarjeta de identificación? Simplemente ingrese en su cuenta en línea, donde puede ver o imprimir su tarjeta haciendo clic en un botón.

### Coordine la cobertura doble

Si tiene cobertura de dos planes, pida a su dentista que incluya la información de ambos planes en su reclamación, nosotros nos encargaremos de lo demás.

### Entienda la transición de la atención

Por lo general, los procedimientos de múltiples etapas sólo están cubiertos por su plan actual si el tratamiento empezó después de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de su plan.<sup>4</sup> Encuentre esta fecha ingresando a su cuenta en línea.

### Obtenga LASIK y descuentos en audífonos

Gracias al acceso al cuidado de la salud de la audición de Amplifon y QualSight, puede recibir importantes descuentos en procedimientos LASIK y en auxiliares auditivos.<sup>5</sup> Para aprovechar estos descuentos, llame a QualSight al **855-248-2020** y a Amplifon al **888-779-1429**.

## Ahorre con un dentista de la PPO



PPO



PREMIER



NO ES DE DELTA DENTAL

<sup>1</sup> En Texas, Delta Dental Insurance Company ofrece un plan de una organización de prestadores de servicios dentales (DPO, por sus siglas en inglés).

<sup>2</sup> Puede consultar cualquier dentista con la licencia correspondiente, pero los costos que deberá cubrir podrían ser mayores si elige a un dentista que no sea de la organización de proveedores preferentes (PPO, por sus siglas en inglés). Los dentistas de la red reciben el pago de los cargos contratados.

<sup>3</sup> Usted es responsable de cualquier deducible correspondiente, cargo que supere el límite máximo anual o de por vida y de los cargos por servicios no cubiertos. Los dentistas que no son de la red podrían cobrar la diferencia entre sus tarifas regulares y el máximo asignado por Delta Dental en el contrato.

<sup>4</sup> Se aplica únicamente a los procedimientos que cubra su plan. Si comenzó el tratamiento antes de la fecha de entrada en vigencia de su cobertura, usted o su compañía de seguros anterior será responsable de pagar cualquier costo. Es posible que se apliquen excepciones a ciertos grupos o estados. Si usted actualmente está recibiendo un tratamiento activo de ortodoncia, podría ser elegible para continuar el tratamiento con Delta Dental PPO. Para obtener los detalles específicos sobre su plan, consulte la Evidencia de cobertura, el Resumen descriptivo del plan o el Contrato de servicios dentales grupales.

<sup>5</sup> Los servicios correctivos de la vista y los servicios de cuidado de la salud auditiva de Amplifon no son beneficios cubiertos por el seguro. Delta Dental le facilita el acceso al programa de servicios correctivos de la vista y de servicios de atención a la salud auditiva mediante la disponibilidad de tarifas preferentes para cirugía LASIK y para audífonos auditivos y otros servicios de la salud auditiva.

**West Virginia:** Conozca nuestro compromiso con proveer acceso a una red de dentistas de calidad en [es.deltadentalins.com/about/legal/enrollee.html](https://es.deltadentalins.com/about/legal/enrollee.html).

# Información importante sobre beneficios: Delta Dental PPO™

Información importante sobre  
los beneficios del plan para: **Mattel, Inc.**  
N.º de grupo: **02667**

|                                                                                 |                                                                                                                                                                                      |                              |                         |                       |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------|-----------------------|
| <b>Elegibilidad</b>                                                             | Para obtener detalles de elegibilidad, consulte la Evidencia/Certificado de Cobertura del plan (en el archivo de su administrador de beneficios, patrocinador del plan o empleador). |                              |                         |                       |
| <b>Deducibles</b>                                                               | \$50 por persona / \$150 por familia cada año calendario<br>Deducible separado de \$50 de por vida para ortodoncia por persona                                                       |                              |                         |                       |
| ¿Los servicios de Diagnóstico y Prevención (D y P) están exentos de deducibles? | Sí                                                                                                                                                                                   |                              |                         |                       |
| <b>Límites máximos</b>                                                          | \$2,000 por persona cada año calendario                                                                                                                                              |                              |                         |                       |
| ¿Los servicios de D y P cuentan para el límite máximo?                          | Sí                                                                                                                                                                                   |                              |                         |                       |
| <b>Periodos de espera</b>                                                       | Servicios básicos<br>Ninguno                                                                                                                                                         | Servicios mayores<br>Ninguno | Prostodoncia<br>Ninguno | Ortodoncia<br>Ninguno |

| <b>Beneficios y servicios cubiertos*</b>                                                       | <b>Dentistas de la Delta Dental PPO**</b> | <b>Dentistas de la Delta Dental Premier**</b> | <b>Dentistas que no son de Delta Dental**</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <b>Servicios de diagnóstico y prevención (D y P)</b><br>Exámenes, limpiezas y radiografías     | 100 %                                     | 100 %                                         | 90 %                                          |
| <b>Servicios básicos</b><br>Empastes, resinas compuestas posteriores, selladores y separadores | 80 %                                      | 80 %                                          | 70 %                                          |
| <b>Endodoncia</b> (tratamiento de conducto)<br>Con cobertura bajo los servicios básicos        | 80 %                                      | 80 %                                          | 70 %                                          |
| <b>Periodoncia</b> (tratamiento de las encías)<br>Con cobertura bajo los servicios básicos     | 80 %                                      | 80 %                                          | 70 %                                          |
| <b>Cirugía bucal</b><br>Con cobertura bajo los servicios básicos                               | 80 %                                      | 80 %                                          | 70 %                                          |
| <b>Servicios mayores</b><br>Coronas, incrustaciones onlay y restauraciones de molde            | 60 %                                      | 60 %                                          | 50 %                                          |
| <b>Prostodoncia</b><br>Puentes, dentaduras postizas e implantes                                | 60 %                                      | 60 %                                          | 50 %                                          |
| <b>Beneficios de la articulación temporomandibular (ATM)</b>                                   | 80 %                                      | 80 %                                          | 80 %                                          |
| <b>Máximos de la articulación temporomandibular (ATM)</b>                                      | \$1,000 de por vida                       | \$1,000 de por vida                           | \$1,000 de por vida                           |
| <b>Beneficios de ortodoncia</b><br>Adultos e hijos dependientes                                | 50 %                                      | 50 %                                          | 50 %                                          |
| <b>Máximos de ortodoncia</b>                                                                   | \$2,000 de por vida                       | \$2,000 de por vida                           | \$2,000 de por vida                           |

\* Pueden aplicarse limitaciones o periodos de espera a algunos beneficios. Es posible que algunos servicios estén excluidos de su plan. El reembolso se basa en los valores máximos autorizados en el contrato de Delta Dental y no necesariamente en los cargos presentados de cada dentista.

\*\* El reembolso se basa en las tarifas contratadas de PPO para dentistas PPO, en las tarifas contratadas de Premier para dentistas Premier y en el valor autorizado del programa para dentistas que no son de Delta Dental.

|                                                                                             |                                            |                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Delta Dental of California</b><br>560 Mission St., Suite 1300<br>San Francisco, CA 94105 | <b>Servicio al Cliente</b><br>888-335-8227 | <b>Dirección para reclamaciones</b><br>P.O. Box 997330<br>Sacramento, CA 95899-7330 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|

**es.deltadentalins.com**

Esta información sobre los beneficios no reemplaza ni sirve como Evidencia de cobertura ni Resumen descriptivo del plan. Si tiene preguntas específicas acerca de los beneficios, las limitaciones o las exclusiones de su plan, consulte al representante de beneficios de su empresa.