



# SUS BENEFICIOS DENTALES

Preparado para los empleados de City of Madison

El resumen que sigue no cubre todos los detalles del plan. Se puede encontrar más información en la Descripción Resumida del Plan o manual de beneficios dentales. Dicho documento provee una explicación detallada de su plan dental, que incluye las exclusiones o limitaciones que pudieran existir. Si existe alguna discrepancia entre la información que se presenta aquí y el contrato del grupo, regirá el contrato del grupo.

*\*\* Se aplica el monto deducible  
^ Podrían aplicarse limitaciones de edad*

|                                                                                                                                                         | Delta Dental PPO™                                  | Delta Dental Premier®             | Fuera de la red *                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <b>Máximo anual individual</b>                                                                                                                          | \$1,000                                            | \$1,000                           | \$1,000                           |
| <b>Deducible - Individuo / familia</b>                                                                                                                  | \$25                                               | \$50                              | \$50                              |
| <b>Preventivos y Diagnóstico</b><br>Exámenes, limpiezas, tratamientos con fluoruro^, radiografías, mantenedores del espacio                             | 100%                                               | 90%                               | 90%                               |
| <b>Servicios básicos y mayores</b><br>Selladores^, tratamiento de emergencia para aliviar el dolor, empastaduras, extracciones, y otras cirugías orales | 90%**                                              | 80%**                             | 80%**                             |
| Reparaciones y ajustes a puentes y dentaduras                                                                                                           | 90%**                                              | 50%**                             | 50%**                             |
| Coronas, puentes, dentaduras, implantes, tratamiento de conducto, tratamiento de enfermedades de las encías                                             | 60% **                                             | 50% **                            | 50% **                            |
| <b>Servicios de ortodoncia</b><br>Copago de la cobertura<br>Máximo vitalicio individual<br>Dependientes elegibles para Ortodoncia para adultos          | 50%<br>\$1,000<br>Edad 19<br>No                    | 50%**<br>\$1,000<br>Edad 19<br>No | 50%**<br>\$1,000<br>Edad 19<br>No |
| <b>CheckUp™ Plus</b>                                                                                                                                    | Sí                                                 | Sí                                | Sí                                |
| <b>EBICP</b>                                                                                                                                            | Sí                                                 | Sí                                | Sí                                |
| <b>Elegibilidad del dependiente</b>                                                                                                                     | Los dependientes están cubiertos hasta los 26 años |                                   |                                   |

## Primas mensuales

**Dos niveles** Las tasas están garantizadas desde el 1/1/2025 to 12/31/2026

|                         |          |
|-------------------------|----------|
| Empleado                | \$38.25  |
| Empleado + Cónyuge      | \$87.50  |
| Empleado + hijo o hijos | \$88.22  |
| Familia                 | \$132.82 |

Independientemente del proveedor que consulte, será responsable por el deducible, el coseguro y los costos de los servicios de su plan que no sean beneficios cubiertos por el plan.

\*Si visita a un proveedor que no pertenece a la red, será responsable por la diferencia entre los cargos del proveedor y el monto que paga su plan de Delta Dental.

CheckUp™ Plus permite a los inscriptos obtener servicios dentales de diagnóstico y preventivos sin que esos costos se apliquen al máximo anual individual, dejando más flexibilidad para la atención de restauraciones que podría necesitarse más adelante.

El Plan de Atención Integrada Basada en la Evidencia (EBICP por sus siglas en inglés) provee limpiezas adicionales y/o tratamientos con fluoruro a individuos con condiciones médicas específicas que tienen consecuencias orales.

¿Necesita ayuda? Contacte a Servicio al Cliente llamando al 800-236-3712 o envíe un mensaje a [claims@deltadentalwi.com](mailto:claims@deltadentalwi.com). Más información en [www.deltadentalwi.com](http://www.deltadentalwi.com).