



Planes individuales y familiares Resumen del plan odontológico pediátrico

(incluido en el plan) (para el plan Minimum Coverage HMO)

Suministrado y asegurado por DeltaCare® USA

Atención odontológica pediátrica (de 0 a 18 meses de edad)	Costo compartido del miembro
Examen Oral	Sin costo compartido
Cuidado preventivo - Limpieza	
Cuidado preventivo - radiografías	
Selladores por cada diente	
Aplicación tópica de fluoruro	
Mantenedores de espacio - fijos	
Relleno de amalgama - 1 superficie	Copago de \$0 (después del deducible*)
Conducto de raíz - muela	Copago de \$0 (después del deducible*)
Gingivectomía por cuadrante	Copago de \$0 (después del deducible*)
Extracción - un solo diente con raíz expuesta o	Copago de \$0 (después del deducible*)
Extracción - ósea completa	Copago de \$0 (después del deducible*)
Corona de porcelana con metal	Copago de \$0 (después del deducible*)
Ortodoncia médicamente necesaria	Copago de \$0 (después del deducible*)
Para más información	See Delta Dental Evidence of Coverage (EOC) included as an addendum to the EOC

Notas al pie: *El deducible anual es de \$7,900 por persona y \$15,800 por familia.
El miembro es responsable del 100% del costo del servicio antes de cumplir con el deducible.

Cómo ponerse en contacto con nosotros
CCHP Sales Department | 1-888-681-3888 | sales@cchphealthplan.com
445 Grant Avenue, Suite 700 | San Francisco, CA 94108