



Planes individuales y familiares Resumen del plan odontológico pediátrico

(incluido en el plan) (para el plan ActiveChoice PPO Silver)

Suministrado y asegurado por DeltaCare® USA

Atención odontológica pediátrica (de 0 a 18 meses de edad)	Costo compartido del miembro	
	(Dentro de la red)	(Fuera de la red)
Examen Oral	Sin costo compartido	Sin cobertura
Cuidado preventivo - Limpieza		Sin cobertura
Cuidado preventivo - radiografías		Sin cobertura
Selladores por cada diente		Sin cobertura
Aplicación tópica de fluoruro		Sin cobertura
Mantenedores de espacio - fijos		Sin cobertura
Relleno de amalgama - 1 superficie	\$25	Sin cobertura
Conducto de raíz - muela	\$300	Sin cobertura
Gingivectomía por cuadrante	\$150	Sin cobertura
Extracción - un solo diente con raíz expuesta o	\$65	Sin cobertura
Extracción - ósea completa	\$160	Sin cobertura
Corona de porcelana con metal	\$300	Sin cobertura
Ortodoncia médicamente necesaria	\$1,000	Sin cobertura
Para más información	Consulte la Evidencia de Cobertura de Delta Dental (EOC, por sus siglas en inglés) incluida como apéndice de la EOC.	

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