

# DENTAL PEDIÁTRICO

## PLAN EHB

|                                | Dentro de la red                    |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| Deducible                      | \$9,100 individual/\$18,200 familia |
| Máximo Gasto de Bolsillo (OOP) | \$9,100 individual/\$18,200 familia |
| Máximo por toda la vida        | N/A                                 |

## DeltaCare USA — BENEFICIOS PEDIÁTRICOS<sup>3</sup>

|                                                                 | Costo para los miembros |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------|
| <b>Servicios de diagnóstico</b>                                 |                         |
| Evaluaciones orales periódicas                                  | \$0                     |
| Radiografías                                                    | \$0                     |
| <b>Servicios preventivos</b>                                    |                         |
| Limpiezas dentales (profilaxis)                                 | \$0                     |
| Flúor tópico: niños                                             | \$0                     |
| <b>Servicios de restauración: Rellenos - Permanente</b>         |                         |
| Amalgama de tres superficies: dientes primarios o permanentes   | \$100                   |
| Coronas en acero inoxidable: dientes primarios                  | \$116                   |
| <b>Servicios quirúrgicos orales</b>                             |                         |
| Remoción simple de dientes erupcionados o raíz expuesta         | \$74                    |
| Remoción quirúrgica de un diente erupcionado                    | \$109                   |
| Impactación: tejido blando                                      | \$135                   |
| Impactación: hueso parcial                                      | \$179                   |
| Impactación: hueso completo                                     | \$267                   |
| <b>Servicios de endodoncia</b>                                  |                         |
| Recubrimiento: directo                                          | \$47                    |
| Conducto radicular: anterior                                    | \$365                   |
| Conducto radicular: bicúspide                                   | \$438                   |
| Conducto radicular: molar                                       | \$586                   |
| <b>Servicios periodontales</b>                                  |                         |
| Gingivectomía: de uno a tres dientes por cuadrante              | \$140                   |
| Gingivectomía: cuatro o más dientes contiguos por cuadrante     | \$234                   |
| Raspado/alisado radicular: de uno a tres dientes por cuadrante  | \$114                   |
| <b>Servicios de prostodoncia</b>                                |                         |
| Corona: porcelana con metal base predominante                   | \$630                   |
| Poste/perno prefabricado                                        | \$136                   |
| Prótesis completa                                               | \$857                   |
| Prótesis parcial                                                | \$777                   |
| Realineaciones de prótesis: en consultorio                      | \$152                   |
| <b>Ortodoncia</b>                                               |                         |
| 24 meses de servicios de ortodoncia                             | \$3,768                 |
| <b>Otros servicios</b>                                          |                         |
| Visitas al consultorio: después del horario de atención regular | \$0                     |
| Anestesia local                                                 | \$22                    |

## BENEFICIO ESENCIAL DE SALUD (EHB)

De acuerdo con el beneficio dental pediátrico, los servicios para los miembros de WHA menores de 19 años de edad están cubiertos como se describe a continuación. Esto es un beneficio combinado con su plan médico. Consulte su resumen de copagos de WHA.

**DeltaCare USA<sup>1</sup>** brinda beneficios dentales de calidad a un costo accesible en este plan fácil de usar. El programa DeltaCare USA lo anima a visitar al dentista regularmente para mantener una sonrisa sana.

## ASPECTOS IMPORTANTES DEL PLAN DE BENEFICIOS

- Resinas para dientes posteriores
- Limpiezas adicionales
- Cobros definidos para mejoras de metal
- Beneficios ilimitados<sup>2</sup>
- Anestesia general y sedación intravenosa cubiertas

## PROGRAMA DE COSTO CONVENIENTE

Aunque los beneficios que se muestran representan los servicios utilizados más frecuentemente y cubiertos por el plan, los planes de DeltaCare USA ofrecen aún más características<sup>3</sup>. Además, no tiene que preocuparse por los máximos para los beneficios de los servicios cubiertos. Pague el costo aplicable al miembro a su dentista de DeltaCare USA en el momento del tratamiento. Luego, los pagos se aplicarán a su deducible.

## BUSCAR UN PROVEEDOR

Al inscribirse, usted elegirá a un dentista de DeltaCare USA de la red nacional. Debe visitar a su dentista de atención primaria seleccionado para recibir beneficios<sup>2</sup>.

Para ubicar a un proveedor participante en su área

visite [mywha.org/directory](https://mywha.org/directory)

llame al **800.422.4234** (TTY/TDD 711)

Lunes a viernes, de 5 a.m. a 6 p.m.



<sup>1</sup> DeltaCare USA está asegurada por Delta Dental of California y administrada por Delta Dental Insurance Company.

<sup>2</sup> Los servicios están cubiertos solamente cuando los realiza su dentista de atención primaria seleccionado de DeltaCare USA, a menos que haya sido autorizado previamente por Delta Dental of California.

<sup>3</sup> Esta muestra de costos para el miembro es solo un breve resumen de la cobertura del plan. Al inscribirse, el plan DeltaCare USA pondrá a disposición una lista completa de servicios cubiertos y costos, junto con las limitaciones y exclusiones aplicables.

Western Health Advantage cumple con las leyes de derechos civiles federales y de California aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad, según corresponda. Western Health Advantage no excluye a las personas ni las trata diferente por motivos de raza, color, origen nacional, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad.

Western Health Advantage:

Proporciona ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:

- Intérpretes calificados en el lenguaje de señas
- Información escrita en otros formatos (impresión grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

Proporciona servicios gratuitos de idiomas a personas que no hablan inglés como idioma materno, tales como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con el Administrador de Servicios para Miembros al 888.563.2250 y encuentre más información en línea en <https://www.westernhealth.com/legal/non-discrimination-notice/>.

Si usted cree que Western Health Advantage no ha brindado estos servicios o ha sido discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad, puede presentar una queja formal por teléfono, correo, fax, correo electrónico o en línea: Administrador de Servicios para Miembros, 2349 Gateway Oaks Drive, Suite 100, Sacramento, CA 95833, 888.563.2250 o 916.563.2250, 711 (TTY), 916.568.0126 (fax), [memberservices@westernhealth.com](mailto:memberservices@westernhealth.com), <https://www.westernhealth.com/legal/grievance-form>.

Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el Administrador de Servicios para Miembros está disponible para ayudarlo. Para obtener más información sobre el proceso de queja formal de Western Health Advantage y sus derechos de queja formal ante el Departamento de Atención Médica Administrada de California, visite nuestro sitio web en <https://www.westernhealth.com/legal/grievance-form/>.

Si existe una preocupación de discriminación basada en raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja sobre derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del portal de la Oficina de Quejas sobre Derechos Civiles disponible en:

Sitio web: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>; Por correo: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509 F, HHH Building, Washington, D.C. 20201; Teléfono: 800.368.1019 o 800.537.7697 (TDD); Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

## ENGLISH

If you, or someone you're helping, have questions about Western Health Advantage, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 888.563.2250 or TTY 711.

## SPANISH

Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de Western Health Advantage, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 888.563.2250, o al TTY 711 si tiene dificultades auditivas.

## CHINESE

如果您，或是您正在協助的對象，有關於Western Health Advantage方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話888.563.2250或聽障人士專線(TTY) 711。

## VIETNAMESE

Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Western Health Advantage, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi số 888.563.2250, hoặc gọi đường dây TTY dành cho người khiếm thính tại số 711.

## TAGALOG

Kung ikaw, o ang iyong tinutulongan, ay may mga katanungan tungkol sa Western Health Advantage, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 888.563.2250 o TTY para sa may kapansanan sa pandinig sa 711.

## KOREAN

만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Western Health Advantage에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담 없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 888.563.2250이나 청각 장애인용 TTY 711로 연락하십시오.

## ARMENIAN

Եթե Դուք կամ Ձեր կողմից օգնություն ստացող անձը հարցեր ունի Western Health Advantage-ի մասին, Դուք իրավունք ունեք անվճար օգնություն և տեղեկություններ ստանալու Ձեր նախընտրած լեզվով: Թարգմանչի հետ խոսելու համար զանգահարե՛ք 888.563.2250 համարով կամ TTY 711՝ լսողության հետ խնդիրներ ունեցողների համար:

## PERSIAN-FARSI

اگر شما، یا کسی که شما به او کمک میکنید، سوال در مورد Western Health Advantage (وسترن هلث آدوانتیج) داشته باشید حق این را دارید که کمک و اطلاعات به زبان خود را به طور رایگان دریافت نمایید. لطفا با شماره تلفن 888.563.2250 تماس بگیرید. افراد ناشنوا می توانند به شماره 711 پیام تاپیی ارسال کنند

## RUSSIAN

Если у вас или лица, которому вы помогаете, имеются вопросы по поводу Western Health Advantage, то вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Для разговора с переводчиком позвоните по телефону 888.563.2250 или воспользуйтесь линией TTY для лиц с нарушениями слуха по номеру 711.

## JAPANESE

ご本人様、またはお客様の身の回りの方でも、Western Health Advantageについてご質問がございましたら、ご希望の言語でサポートを受けたり、情報を入手したりすることができます。料金はかかりません。通訳とお話される場合、888.563.2250までお電話ください。聴覚障がい者用TTYをご利用の場合は、711までお電話ください。

## ARABIC

إن كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة بخصوص Western Health Advantage، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 888.563.2250، أو برقم الهاتف النصي (TTY) لضعاف السمع 711.

## PUNJABI

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ, ਜਾਂ ਜਿਸ ਕਿਸੇ ਦੀ ਤੁਸੀਂ ਮਦਦ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਦੇ Western Health Advantage ਬਾਰੇ ਸਵਾਲ ਹਨ ਤਾਂ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹਾਸਲ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਦੁਆਰੀਏ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨ ਲਈ, 888.563.2250 'ਤੇ ਜਾਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸੁਣਨ ਵਿੱਚ ਅਸਮਰਥ ਟੀਟੀਵਾਈ ਲਈ 711 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

## CAMBODIAN-MON-KHMER

ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលកំពុងជួយអ្នក មានសំណួរអំពី Western Health Advantage ទេ, អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយនិងព័ត៌មាន នៅក្នុងភាសាបស់អ្នក ដោយមិនអស់ប្រាក់។ ដើម្បីនិយាយជាមួយអ្នកបកប្រែ សូមទូរស័ព្ទ 888.563.2250 ឬ TTY សម្រាប់ អ្នកគ្រប់ៗគ្នា តាមលេខ 711។

## HMONG

Yog koj, los yog tej tus neeg uas koj pab ntawd, muaj lus nug txog Western Health Advantage, koj muaj cai kom lawv muab cov ntshiab lus qhia uas tau muab sau ua koj hom lus pub dawb rau koj. Yog koj xav nrog ib tug neeg txhais lus tham, hu rau 888.563.2250 los sis TTY rau cov neeg uas tsis hnov lus zoo nyob ntawm 711.

## HINDI

यदि आप, या जिस किसी की आप मदद कर रहे हो, के Western Health Advantage के बारे में प्रश्न हैं तो, आपको अपनी भाषा में मदद तथा जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। दुआशिए के साथ बात करने के लिए, 888.563.2250 पर या पूरी तरह श्रवण में असमर्थ टीटीवाई के लिए 711 पर कॉल करो।

## THAI

หากคุณ หรือคนที่คุณกำลังช่วยเหลือมีคำถามเกี่ยวกับ Western Health Advantage คุณมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของคุณได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย เพื่อพูดคุยกับล่าม โทร 888.563.2250 หรือใช้ TTY สำหรับคนหูหนวกโดยโทร 711