



## 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