

Immediate Coverage Plan — Delta Dental PPO Plus

FULL Limitations (1-35) • Полный перевод ограничений (1-35) • Bilingual EN/RU

Highlighted in yellow: the most important limitations clients should know (exams/cleanings, x-rays, perio rules, crowns/60 mo, prosthodontics/60 mo, dentures, implants, ortho).

English	Русский
(1) Optional Services	(1) Optional Services (опциональные/более дорогие услуги)
<p>Services more expensive than the form of treatment customarily provided under accepted dental practice standards are called “Optional Services”. Optional Services also include the use of specialized techniques instead of standard procedures. If an Enrollee receives Optional Services, an alternate Benefit will be allowed: Benefits are based on the lower cost customary service/standard procedure; the Enrollee pays the difference.</p>	<p>Услуги, которые дороже стандартного лечения по принятым стоматологическим стандартам, называются «Optional Services». Сюда также относится применение специализированных техник вместо стандартных процедур. При получении Optional Services применяется альтернативная льгота: выплата рассчитывается по более дешёвой стандартной процедуре, а разницу между дорогим вариантом и стандартом оплачивает участник.</p>
(2) Exam and cleaning limitations	(2) Ограничения по осмотрам и чисткам
<p>a) Oral examinations (except after-hours exams and exams for observation) and cleanings (including scaling with generalized moderate/severe gingival inflammation – full mouth, periodontal maintenance with inflamed gums, or any combination) are covered no more than twice in a Calendar Year.</p>	<p>а) Осмотры полости рта (кроме после рабочего времени и осмотров для наблюдения) и чистки (включая скейлинг при генерализованном умеренном/тяжёлом воспалении дёсен — «полный рот», periodontal maintenance при воспалённых дёснах или любые комбинации) оплачиваются не более 2 раз в календарный год.</p>
<p>b) Full mouth debridement is allowed once in a lifetime when there is no history of prophylaxis, scaling & root planing, periodontal surgery or periodontal maintenance within the last 3 years. When allowed, it counts toward maintenance frequency in that year.</p>	<p>б) Full mouth debridement разрешён 1 раз в жизни, если за последние 3 года не было prophylaxis, scaling & root planing, пародонтологической хирургии или periodontal maintenance. Если процедура разрешена, она засчитывается в лимит (частоту) maintenance/чисток в соответствующем году.</p>
<p>c) Full mouth debridement is not allowed when performed by the same dentist/office on the same day as evaluation procedures.</p>	<p>с) Full mouth debridement не оплачивается, если выполнен тем же стоматологом/офисом в тот же день, что и процедуры оценки (evaluation).</p>

d) Periodontal maintenance, procedure codes that include periodontal maintenance, and full mouth debridement are covered as a Major Benefit. Routine cleanings (including scaling with generalized moderate/severe gingival inflammation – full mouth) are covered as a Diagnostic & Preventive Benefit. See pregnancy note.	d) Periodontal maintenance, коды процедур, включающие periodontal maintenance, и full mouth debridement покрываются как Major Benefit. Обычные чистки (включая скейлинг при воспалении дёсен — «полный рот») покрываются как Diagnostic & Preventive Benefit. См. примечание о беременности.
e) Caries risk assessments are allowed once in 36 months.	e) Оценка риска кариеса разрешена 1 раз в 36 месяцев.
(3) X-ray limitations	(3) Ограничения по рентгену
a) Total reimbursable amount is limited to the Provider's Accepted Fee for a complete intraoral series when fees for any combination of intraoral x-rays in a single treatment series meet or exceed that fee.	a) Общая сумма возмещения ограничивается Accepted Fee провайдера за complete intraoral series, если стоимость любой комбинации intraoral-снимков в одном курсе лечения равна или превышает эту сумму.
b) When a panoramic film is submitted with supplemental film(s), total reimbursable amount is limited to the Accepted Fee for a complete intraoral series.	b) Если панорамный снимок подан вместе с дополнительными снимками, общая сумма возмещения ограничивается Accepted Fee за complete intraoral series.
c) If a panoramic film is taken in conjunction with an intraoral complete series, the panoramic film is considered included in the complete series.	c) Если панорамный снимок выполнен вместе с intraoral complete series, панорамный снимок считается включённым в complete series.
d) A complete intraoral series and panoramic film are each limited to once every 60 months.	d) Complete intraoral series и панорамный снимок каждый ограничены: не чаще 1 раза в 60 месяцев.
e) Bitewing x-rays: under age 18 — up to 2 times/year; age 18+ — 1 time/year. Bitewings are disallowed within 12 months of a full mouth series unless special circumstances warrant.	e) Bitewing: до 18 лет — до 2 раз/год; 18+ — 1 раз/год. Bitewing любого типа не допускаются в течение 12 месяцев после full mouth series, если только нет особых обстоятельств.
f) Bitewing x-rays are limited to two images for Enrollees under age 10.	f) Bitewing для участников младше 10 лет ограничены двумя изображениями.
g) Image capture procedures are not separately allowable services.	g) Процедуры image capture не оплачиваются как отдельные услуги.
(4) Topical fluoride	(4) Фторирование
Topical application of fluoride solutions is limited to Enrollees to age 19 and no more than twice in a Calendar Year.	Местное нанесение фтора ограничено участниками до 19 лет и не более 2 раз в календарный год.
(5) Interim caries arresting medicament	(5) Препарат для остановки кариеса

Interim caries arresting medicament application is limited to twice per tooth per Calendar Year.	Нанесение препарата для остановки кариеса ограничено: не более 2 раз на зуб в календарный год.
(6) Space maintainer limitations	(6) Удерживатели пространства (space maintainers)
a) Space maintainers are limited to the initial appliance and are a Benefit to age 14. Distal shoe space maintainer (fixed unilateral) is limited to children age 8 and younger. A separate/additional space maintainer may be allowed after removal of unilateral distal shoe.	a) Space maintainers покрываются только как первичный аппарат и являются льготой до 14 лет. Distal shoe space maintainer (фиксированный односторонний) ограничен детям 8 лет и младше. Дополнительный удерживатель может быть разрешён после снятия unilateral distal shoe.
b) Removal of a fixed space maintainer is included in the fee, except when performed by a different Provider/office.	b) Снятие фиксированного удерживателя считается включённым в стоимость, кроме случаев, когда снимает другой провайдер/офис.
(7) Pulp vitality tests	(7) Тест жизнеспособности пульпы
Allowed once in a six (6) month period when definitive treatment is not performed.	Разрешён 1 раз в 6 месяцев, если окончательное лечение не проводится.
(8) Sealants	(8) Силанты
a) Limited to permanent first molars through age 8 and permanent second molars through age 15 if without caries or restorations on the occlusal surface.	a) Ограничены: постоянные первые моляры до 8 лет и постоянные вторые моляры до 15 лет — при отсутствии кариеса/реставраций на жевательной поверхности.
b) Repair or replacement of a sealant within 24 months is included in the original fee.	b) Ремонт/замена силанта в течение 24 месяцев включены в первоначальную оплату.
(9) Specialist Consultations	(9) Консультации специалистов
Limited to two (2) per Calendar Year and count toward oral exam frequency. Screenings/assessments reported individually when covered are limited to one in 12 months and included if reported with any other exam on same date and Provider office.	Ограничены 2 разами в календарный год и засчитываются в лимит осмотров. Скрининги/оценки состояния (если покрываются) ограничены 1 разом в 12 месяцев и включаются (не оплачиваются отдельно), если поданы вместе с другим осмотром в тот же день в том же офисе.
(10) Replacement fillings/crowns	(10) Замена пломб/готовых коронок

Replacement of amalgam/composite restorations (fillings) or prefabricated crowns within 24 months is not covered when provided by the same Provider/office; it is included in the original fee.	Замена амальгамных/композитных пломб или готовых коронок в течение 24 месяцев не оплачивается, если выполняется тем же провайдером/офисом — она включена в первоначальную оплату.
(11) Protective restorations	(11) Защитные (седативные) пломбы
Allowed once per tooth in a six (6) month period when definitive treatment is not performed on the same date of service.	Разрешены 1 раз на зуб в 6 месяцев, если окончательное лечение не проводится в тот же день.
(12) Therapeutic pulpotomy	(12) Терапевтическая пульпотомия
Limited to once per lifetime for baby teeth only; considered palliative treatment for permanent teeth.	Ограничена 1 разом на всю жизнь только для молочных зубов; для постоянных зубов считается паллиативным лечением.
(13) Pulpal therapy	(13) Лечение пульпы (resorbable filling)
Limited to once in a lifetime. Retreatment of root canal therapy by the same Provider/office within 24 months is considered part of the original procedure.	Ограничено 1 разом на всю жизнь. Повторное лечение корневых каналов тем же провайдером/офисом в течение 24 месяцев считается частью первоначальной процедуры.
(14) Apexification	(14) Апексификация
Only benefited on permanent teeth with incomplete root canal development or to repair a perforation. Lifetime limit per tooth: 1 initial visit, 1 interim visit, and 1 final visit to age 19.	Покрывается только для постоянных зубов с незавершённым развитием корня или для устранения перфорации. Пожизненный лимит на зуб: 1 первичный визит, 1 промежуточный визит и 1 финальный визит (до 19 лет).
(15) Retreatment of apical surgery	(15) Повторная апикальная хирургия
Retreatment by the same Provider/office within 24 months is considered part of the original procedure.	Повторное лечение тем же провайдером/офисом в течение 24 месяцев считается частью первоначальной процедуры.
(16) Palliative treatment	(16) Паллиативное лечение
Covered per visit, not per tooth; fee includes all treatment other than required x-rays or select Diagnostic procedures.	Оплачивается за визит, а не за зуб; оплата включает всё лечение, кроме необходимых рентгенов или отдельных диагностических процедур.
(17) Periodontal limitations	(17) Пародонтологические ограничения

<p>a) Scaling & root planing in the same quadrant: limited to once every 24 months. No more than two quadrants are covered on the same date. See pregnancy note.</p>	<p>a) Scaling & root planing в одном квадранте: не чаще 1 раза в 24 месяца. Не более 2 квадрантов оплачиваются в один день. См. примечание о беременности.</p>
<p>b) Periodontal surgery in the same quadrant: limited to once every 36 months and includes any surgical re-entry or SRP within 36 months by same Provider/office.</p>	<p>b) Пародонтальная хирургия в одном квадранте: не чаще 1 раза в 36 месяцев и включает любые повторные хирургические доступы или SRP в течение 36 месяцев тем же провайдером/офисом.</p>
<p>c) Periodontal services (bone grafts, guided tissue regeneration, graft procedures, biologics) are covered only for natural teeth and not when submitted with extractions, periradicular surgery, ridge augmentation or implants. Guided tissue regeneration and/or bone grafts are not benefited with soft tissue grafts in the same surgical area.</p>	<p>с) Пародонтологические услуги (костные трансплантаты, guided tissue regeneration, graft-процедуры и биоматериалы) покрываются только для натуральных зубов и не покрываются, если заявлены вместе с удалениями, перирадикулярной хирургией, ridge augmentation или имплантами. Guided tissue regeneration и/или костные графты не оплачиваются вместе с graft мягких тканей в той же хирургической зоне.</p>
<p>d) Periodontal surgery is subject to a 30-day wait following SRP in the same quadrant.</p>	<p>d) Пародонтальная хирургия требует ожидания 30 дней после SRP в том же квадранте.</p>
<p>e) Cleanings (regular/periodontal) and full mouth debridement are subject to a 30-day wait following SRP if performed by the same Provider office.</p>	<p>е) Чистки (обычные и пародонтальные) и full mouth debridement требуют ожидания 30 дней после SRP, если выполняются в том же офисе.</p>
<p>(18) Oral Surgery lifetime limit</p>	<p>(18) Хирургия полости рта — пожизненный лимит</p>
<p>Oral Surgery services are covered once in a lifetime except removal of cysts/lesions and incision & drainage, which are covered once on the same day.</p>	<p>Услуги Oral Surgery покрываются 1 раз в жизни, кроме удаления кист/поражений и процедур incision & drainage — они покрываются 1 раз в тот же день.</p>
<p>(19) Age limitation</p>	<p>(19) Ограничение по возрасту</p>
<p>Transseptal fiberotomy/supra crestal fiberotomy is limited to age 19 (or orthodontic limiting age), by report.</p>	<p>Transseptal fiberotomy / supracrestal fiberotomy ограничены возрастом до 19 лет (или ортодонтического предельного возраста) — по отчёту/обоснованию.</p>
<p>(20) Oral Surgery procedures (when Ortho is covered)</p>	<p>(20) Oral Surgery при покрываемой ортодонтии</p>

<p>If Orthodontic Services are covered, these Oral Surgery procedures are limited to age 19 (or orthodontic limiting age): surgical access of an unerupted tooth, placement of eruption device for impacted tooth, and surgical repositioning of teeth.</p>	<p>Если ортодонтия покрывается, следующие хирургические процедуры ограничены до 19 лет (или ортодонтического предельного возраста): хирургический доступ к непрорезавшемуся зубу, установка устройства для прорезывания ретинированного зуба и хирургическое перемещение зубов.</p>
<p>(21) Frenulectomy / frenuloplasty</p>	<p>(21) Френулэктомия / френулопластика</p>
<p>Only considered for ankyloglossia (tongue-tie) interfering with feeding/speech (diagnosed/documentated by physician), or when frenum contributes to a large diastema(s).</p>	<p>Рассматриваются только при анкилоглоссии (tongue-tie), мешающей кормлению/речи (диагноз и документация врача), либо если уздечка способствует выраженной диастеме.</p>
<p>(22) Crowns</p>	<p>(22) Коронки</p>
<p>Covered not more often than once in any 60-month period except when the existing crown is unsatisfactory and cannot be made satisfactory due to extensive loss/changes of tooth structure or supporting tissues.</p>	<p>Покрываются не чаще 1 раза в 60 месяцев, кроме случаев, когда существующая коронка неудовлетворительна и не может быть исправлена из-за значительной потери/изменения структуры зуба или поддерживающих тканей.</p>
<p>(23) Inlays/Onlays</p>	<p>(23) Вкладки/накладки (Inlays/Onlays)</p>
<p>Limited to age 12+ and covered not more often than once in any 60-month period except when existing inlay/onlay is unsatisfactory and cannot be made satisfactory due to extensive loss/changes of tooth structure or supporting tissues.</p>	<p>Ограничены участниками 12+ и покрываются не чаще 1 раза в 60 месяцев, кроме случаев, когда существующая вкладка/накладка неудовлетворительна и не может быть исправлена из-за значительной потери/изменения структуры зуба или поддерживающих тканей.</p>
<p>(24) Core buildup</p>	<p>(24) Core buildup (восстановление культи)</p>
<p>Core buildup, including any pins, is covered not more than once in any 60-month period.</p>	<p>Core buildup, включая штифты (pins), покрывается не чаще 1 раза в 60 месяцев.</p>
<p>(25) Post and core</p>	<p>(25) Post and core</p>
<p>Covered not more than once in any 60-month period.</p>	<p>Покрывается не чаще 1 раза в 60 месяцев.</p>
<p>(26) Crown repairs</p>	<p>(26) Ремонт коронок</p>
<p>Covered not more often than once in any 6-month period. Crowns, inlays/onlays and fixed bridges include repairs for 24 months following installation.</p>	<p>Покрывается не чаще 1 раза в 6 месяцев. Коронки, вкладки/накладки и фиксированные мосты включают ремонт в течение 24 месяцев после установки.</p>
<p>(27) Denture repairs</p>	<p>(27) Ремонт протезов</p>

Covered not more often than once in any 24-month period except fixed denture repairs which are covered not more often than once in any 60-month period.	Покрывается не чаще 1 раза в 24 месяца, кроме фиксированного ремонта протезов — он покрывается не чаще 1 раза в 60 месяцев.
(28) Replacement of prosthodontic appliances	(28) Замена протезов/мостов
Appliances provided under any Delta Dental program will be replaced only after 60 months except when extensive loss of remaining teeth or change in supporting tissue makes existing bridge/denture unsatisfactory. Fixed appliances limited to age 16+. Replacement of non-Delta Dental appliance is allowed if determined unsatisfactory and cannot be made satisfactory.	Протезные конструкции, выполненные по любой программе Delta Dental, заменяются только после 60 месяцев, кроме случаев значительной потери оставшихся зубов/изменения тканей опоры, из-за чего конструкция не может быть сделана удовлетворительной. Фиксированные конструкции — только для участников 16+. Замена конструкций, сделанных не по Delta Dental, возможна, если они признаны неудовлетворительными и не подлежат исправлению.
(29) Bridge + partial denture in same arch	(29) Мост и partial denture в одной дуге
When a posterior fixed bridge and removable partial denture are placed in the same arch in the same treatment episode, only the partial denture will be a Benefit.	Если задний фиксированный мост и съёмный частичный протез устанавливаются в одной дуге в одном эпизоде лечения, льготой будет только partial denture.
(30) Recementation	(30) Повторная фиксация (recementation)
Recementation of crowns/inlays/onlays/bridges is included in the fee when done by same Provider/office within 6 months of placement. After 6 months: limited to 1 recementation per lifetime for crowns and 2 per lifetime for inlays/onlays by same Provider/office.	Повторная фиксация коронок/вкладок/накладок/мостов включена в стоимость, если выполнена тем же провайдером/офисом в течение 6 месяцев. После 6 месяцев: оплата ограничена 1 разом на всю жизнь для коронок и 2 разами на всю жизнь для inlays/onlays (тем же провайдером/офисом).
(31) Initial installation of prosthodontic appliance	(31) Первичная установка протезной конструкции
Not a Benefit unless appliance/bridge/denture is made necessary by natural permanent tooth extraction that occurred during a time the Enrollee was under a Delta Dental plan.	Не является льготой, если только необходимость не вызвана удалением натуральных постоянных зубов в период, когда участник был под планом Delta Dental.
(32) Denture payment limitations	(32) Ограничения по оплате dentures

Payment for dentures is limited to a standard partial/complete denture (coinsurance applies). Standard denture includes acceptable materials by conventional means and routine post-delivery care with adjustments and relines for first 6 months after placement.	Оплата dentures ограничена стандартным частичным/полным протезом (с учётом coinsurance). Стандартный протез включает материалы, выполненные обычным способом, и стандартный уход после установки, включая корректировки и relines в первые 6 месяцев.
a) Denture rebase: limited to 1 per arch in 24 months; includes relining/adjustments for 6 months.	a) Denture rebase: не чаще 1 раза на дугу в 24 месяца; включает relining и корректировки в течение 6 месяцев.
b) Dentures/partials/reline include adjustments for 6 months. After that: adjustments limited to 1/arch per 6 months and relining limited to 1/arch per 6 months. Immediate dentures/partials include adjustments for 3 months; then same limits apply.	b) Dentures, removable partial dentures и relines включают корректировки 6 месяцев. После этого: корректировки — не чаще 1/дуга за 6 месяцев; relining — не чаще 1/дуга за 6 месяцев. Immediate dentures/partials включают корректировки 3 месяца; далее действуют те же лимиты.
c) Tissue conditioning: limited to 2 per arch in 12 months; not allowed separately when done same day as denture/reline/rebase.	c) Tissue conditioning: не более 2 раз на дугу в 12 месяцев; не оплачивается отдельно, если выполнено в тот же день, что denture/reline/rebase.
d) Recementation of fixed partial dentures: limited to once in 6 months.	d) Recementation fixed partial dentures: не чаще 1 раза в 6 месяцев.
(33) Implants (Year 2+ benefit note)	(33) Импланты (примечание о льготе со 2-го года)
We will not pay for implants, their removal, or associated procedures, but will credit the cost of a pontic or standard complete/partial denture toward the cost of the implant associated appliance (implant supported crown/denture). Implant appliance is not covered. (Available in Year 2 and Year 3 & after).	Мы не оплачиваем импланты, их удаление или связанные процедуры, но засчитываем стоимость pontic или стандартного полного/частичного протеза в счёт стоимости имплант-связанной конструкции (например, коронка/протез на имплантах). Имплант-апплаенс не покрывается. (Доступно со 2-го года и далее).
(34) Orthodontic Services limitations	(34) Ограничения по ортодонтии
a) Maximum payable amount per Enrollee is shown in Attachment A.	a) Максимальная выплата на участника указана в Приложении А.
b) Benefits are provided in periodic payments based on continuing eligibility.	b) Льготы выплачиваются периодическими платежами при сохранении права участия.
c) No benefits to repair or replace orthodontic appliance received under this plan.	c) Ремонт/замена ортодонтических аппаратов, полученных по плану, не оплачиваются.
d) No benefits for orthodontic retreatment.	d) Повторное ортодонтическое лечение не оплачивается.

e) Limited to dependent child Enrollees under age 26.	e) Ограничено детьми-иждивенцами до 26 лет.
f) Treatment must be provided by a licensed dentist; self-administered orthodontics are not covered.	f) Лечение должно проводиться лицензированным стоматологом; самолечение не покрывается.
g) Removal of fixed orthodontic appliances for reasons other than completion is not covered.	g) Снятие фиксированных аппаратов по причинам, не связанным с завершением лечения, не покрывается.
(35) Teledentistry	(35) Телестоматология
Fees for synchronous/asynchronous teledentistry services are inclusive in overall patient management and are not separately payable.	Оплата синхронной/асинхронной телестоматологии считается включённой в общее ведение пациента и не оплачивается отдельно.