



Información importante sobre beneficios

DeltaCare[®] USA



DeltaCare USA¹ le ofrece atención directa y asequible de un dentista de la red de la red que usted elija². Usted sabe todo lo que cubre su plan y cuánto cuesta cada procedimiento. Sin sorpresas.

Cobertura integral

- Cobertura para más de 350 procedimientos.
- Atención preventiva constante a bajo costo o sin costo alguno para prevenir problemas graves.
- Servicios de especialistas para cirugía bucal, endodoncia, ortodoncia, periodoncia y odontología pediátrica

Económico

- No hay deducibles ni límites máximos³ para los servicios cubiertos

- Se indican gastos directos transparentes en su folleto del plan o en su cuenta en línea⁴
- Copagos con todo incluido (sin cargos por materiales o laboratorio).
- Las limpiezas y los exámenes están cubiertos a bajo costo o sin costo alguno.

Amplia red de dentistas de calidad

Delta Dental es una de las principales compañías nacionales que ofrece una amplia red de dentistas de alta calidad y rigurosamente evaluados entre los que elegir.

Servicios convenientes

Se lo hacemos fácil — su dentista de la red de DeltaCare USA se encargará de todos los trámites y no es necesario tener tarjeta de identificación para recibir tratamiento⁵.

Para las notas a pie de página, las referencias y las divulgaciones, véase la página siguiente.

es.deltadentalins.com/members

Avisos legales: Puede acceder a los avisos federales y estatales relacionados con su plan en: es.deltadentalins.com/about/legal/enrollee.html

¹ DeltaCare USA está respaldado en estos estados por las siguientes entidades: en Alabama — por Alpha Dental of Alabama, Inc.; en Arizona — por Alpha Dental of Arizona, Inc.; en California — por Delta Dental of California; en Arkansas, Colorado, Iowa, Massachusetts, Maine, Michigan, Minnesota, North Carolina, North Dakota, Nebraska, New Hampshire, Oklahoma, Oregon, Rhode Island, South Carolina, South Dakota, Virginia, Vermont, Washington, Wisconsin y Wyoming — por Dentegra Insurance Company; en Alaska, Connecticut, District of Columbia, Delaware, Florida, Georgia, Kansas, Louisiana, Mississippi, Montana, Tennessee y West Virginia — por Delta Dental Insurance Company; en Hawaii, Idaho, Illinois, Indiana, Kentucky, Maryland, Missouri, New Jersey, Ohio y Texas — por Alpha Dental Programs, Inc.; en Nevada — por Alpha Dental of Nevada, Inc.; en Utah — por Alpha Dental of Utah, Inc.; en New Mexico — por Alpha Dental of New Mexico, Inc.; en New York — por Delta Dental of New York, Inc.; en Pennsylvania — por Delta Dental of Pennsylvania. Delta Dental Insurance Company opera como administradora de DeltaCare USA en todos estos estados. Estas compañías tienen la responsabilidad financiera de sus propios productos. Delta Dental es una marca registrada de la Asociación de planes de Delta Dental.

² Antes de cada cita, verifique su dentista general seleccionado de DeltaCare USA.

³ Los planes con una cláusula adicional de lesión accidental tienen un límite máximo anual de \$1,600 por lesión accidental. Consulte su Evidencia o Certificado de Cobertura.

⁴ Pueden aplicarse excepciones específicas según el estado.

⁵ Delta Dental Insurance Company proporciona beneficios como una Organización de Servicios de Salud Limitados Prepagados, según se describe en el Capítulo 636 de las Leyes de Florida.

Lo que necesita saber de antemano o sobre su plan DeltaCare® USA

Cómo funciona DeltaCare USA

Se lo hacemos fácil: su dentista de la red de DeltaCare USA se encargará de todos los trámites y no es necesario tener tarjeta de identificación del plan para recibir tratamiento.

- **Debe consultar** a un dentista general de DeltaCare USA para usar su plan¹. Su dentista general coordinará y lo derivará a especialistas para recibir atención, de ser necesario.
- **Puede seleccionar** a un dentista general que es de la red o le pueden asignar un dentista general en su primera consulta si todavía no seleccionó un dentista².
- **Puede seleccionar** o cambiar de dentista en cualquier momento en línea o por teléfono.
- **Pague los copagos predeterminados** todo incluido, que no tienen cargos ocultos (sin cargos por materiales o laboratorio) al momento del servicio. Consulte su folleto del plan para obtener información sobre la cobertura.
- **Sin deducibles, límites máximos ni periodos de espera** para los servicios cubiertos. No hay que presentar reclamaciones, sin complicaciones.
- **Se indican gastos directos transparentes** en su folleto del plan o en su cuenta en línea.

Lo que cubre su plan

Tiene cobertura para cientos de procedimientos sin límite anual en el monto que paga su plan.

- Cobertura completa para más de 350 procedimientos que prioriza la atención preventiva.
- Las limpiezas y los exámenes están cubiertos a bajo costo o sin costo alguno.
- Cobertura de ortodoncia para adultos y niños, incluidos los alineadores transparentes.
- Amplia atención, incluidas coronas, dentaduras postizas, conductos radiculares, cirugía bucal y más.

Cómo empezar

Para inscribirse en un plan de DeltaCare USA, complete el proceso de inscripción según las

indicaciones de su administrador de beneficios. Seleccione un nuevo dentista de DeltaCare USA o verifique si su dentista general preferido está en la red.

Una vez que procesemos su inscripción, le enviaremos por correo sus materiales de bienvenida, que incluirán:

- **El nombre, la dirección y el número de teléfono de su dentista general seleccionado o instrucciones sobre cómo seleccionar uno.** Simplemente llame al centro dental y haga una cita. Nota importante: Para poder recibir los beneficios que incluye su plan, debe visitar el centro de su dentista general. Puede consultar a cualquier dentista general de DeltaCare USA en su centro dental seleccionado siempre y cuando estén en la red de DeltaCare USA.
- **Su Evidencia o Certificado de cobertura (folleto del plan).** Este documento útil le brinda una descripción exhaustiva de cómo usar sus beneficios, incluidos los servicios cubiertos, los copagos, y las limitaciones y exclusiones de su plan.
- **Una tarjeta de identificación.** Esta tarjeta es para sus registros solamente: no tiene que presentarla para recibir tratamiento.

Visite es.deltadentalins.com para crear una cuenta en línea gratuita y segura. Puede acceder a los beneficios de su plan y su tarjeta de identificación, seleccionar (o cambiar) su dentista general y mucho más.

Información general sobre el plan

Usted y sus dependientes elegibles tienen cobertura de servicios dentales de emergencia para emergencias fuera del área³. Su beneficio de emergencia fuera del área (generalmente limitado a \$100 por persona) es por servicios para aliviar el dolor hasta que pueda volver y consultar a su dentista general⁴. Puede haber limitaciones, exclusiones y copagos estándares del plan.

¹ En Arizona, Maryland y Texas, si no selecciona un dentista cuando se inscriba, elegiremos uno por usted.

² Si todavía no le han asignado un dentista general de DeltaCare USA, puede visitar cualquier dentista general de DeltaCare USA que acepte nuevos pacientes. Cuando su dentista seleccionado presenta una reclamación que califica, usted será agregado a su lista y será su dentista general asignado de DeltaCare USA. Una vez asignado, debe visitar este dentista para programar consultas futuras para recibir beneficios.

³ Pueden aplicarse requisitos de distancia mínima específicos del estado.

⁴ En Texas, no hay límite en cuanto al número de millas o en la cantidad en dólares por emergencia.

¡Se lo hacemos fácil!



Reciba sus
materiales de
bienvenida



Consulte a su
dentista de
DeltaCare USA



Reciba
atención
dental



Pague solo su
copago

Sin exclusiones para la mayoría de las condiciones preexistentes, excepto por trabajo en curso⁵. El tratamiento en curso incluye servicios como preparaciones para coronas o conductos radiculares, o impresiones para dentaduras postizas. Si comenzó el tratamiento antes de la fecha de entrada en vigencia de su plan, usted y su compañía de seguro dental anterior son responsables de cualquier costo. Algunos planes de DeltaCare USA pueden cubrir tratamientos de ortodoncia en curso.

Glosario

Estos son algunos términos comunes que le ayudarán a comprender su plan:

Autorización: El proceso mediante el cual Delta Dental determina si un procedimiento o tratamiento es un beneficio al que se puede referir al paciente en virtud de su plan. Su dentista general asignado debe obtener una autorización previa de nosotros para derivarle a un especialista u ortodoncista que no es de la red. No se cubren los servicios prestados por un dentista, especialista u ortodoncista que no sea de la red que no estén autorizados por nosotros.

Copago o monto del copago: El monto fijo en dólares que el miembro tiene que pagar cuando recibe tratamiento.

Dentista de DeltaCare USA: Un dentista que es miembro de la red de DeltaCare USA. Estos dentistas tienen un contrato con Delta Dental y han acordado aceptar cargos negociados para los servicios proporcionados a los miembros de DeltaCare USA. Debe consultar a un dentista de

DeltaCare USA para recibir los beneficios del plan.

Derivación (dental): Cuando un dentista general deriva a un paciente a un especialista dental. Cuando se necesita atención dental de especialidad, su dentista general lo derivará a un especialista de confianza que esté en la red.

Fecha de entrada en vigencia: La fecha en que su plan dental entra en vigencia. También es la fecha en que un miembro comienza a ser elegible para recibir beneficios.

Limitaciones y exclusiones: Las limitaciones, por lo general, están relacionadas con un tiempo o frecuencia específica; por ejemplo, un plan puede cubrir únicamente dos limpiezas en un periodo de 12 meses o una limpieza cada seis meses. Las exclusiones son servicios que no están cubiertos por un plan.

Servicios de diagnóstico y prevención:

Categoría de servicios dentales que incluye beneficios para evaluaciones bucales, limpiezas de rutina, radiografías y topicaciones con flúor. Los copagos de estos servicios son bajos o inexistentes, para animarle a solicitar atención periódica y prevenir la aparición de problemas.

Servicios especializados: Los servicios prestados por un especialista dental, como una cirugía bucal, endodoncia, periodoncia u odontología pediátrica. Cuando se necesita atención dental de especialidad, su dentista general lo derivará a un especialista de confianza que esté en la red.



Para obtener más ayuda para comprender los términos dentales, visite
es.deltadentalins.com/members/glossary.html



⁵ En Texas, no hay excepción por trabajo en curso para los beneficios cubiertos por DeltaCare USA.

ANEXO A

Descripción de Beneficios y Copagos

Los Beneficios que se muestran a continuación se realizan según sea necesario y el Dentista contratado que lo atiende los considera necesarios, sujeto a las limitaciones y exclusiones del Programa. Consulte el *Anexo B* para obtener más aclaraciones sobre los Beneficios. **Los afiliados deben analizar todas las opciones de tratamiento con su dentista contratado antes de que se presten los servicios.**

El texto que aparece en cursiva a continuación tiene la intención específica de aclarar la entrega de Beneficios bajo el Plan DeltaCare USA y no debe interpretarse como Terminología Dental Actual ("CDT"), códigos de procedimiento CDT-2024, descriptores o nomenclatura que son bajo los derechos de autor de la Asociación Dental Americana ("ADA"). La ADA puede cambiar periódicamente los códigos o definiciones de CDT. Dichos códigos, descriptores y nomenclatura actualizados pueden usarse para describir estos procedimientos cubiertos de conformidad con la legislación federal.

AFILIADO PAGA

CÓDIGO DESCRIPCIÓN

D0100-D0999

I. DIAGNÓSTICO

D0120	Evaluación oral periódica: paciente establecido	Sin Costo
D0140	Examen oral limitado - problema específico	Sin Costo
D0145	Evaluación oral para paciente menor a 3 años de edad y orientación a través de un prestador primario de salud	Sin Costo
D0150	Examen oral completo - paciente nuevo o regular	Sin Costo
D0160	Evaluación oral detallada y extensa - centrada en el problema, por informe	Sin Costo
D0170	Reevaluación - limitado, problema específico (paciente regular; no es consulta postoperatoria)	Sin Costo
D0171	Reevaluación - visita al consultorio postoperatoria	\$5.00
D0180	Examen periodontal completo - paciente nuevo o regular	Sin Costo
D0190	Examen de un paciente	Sin Costo
D0191	Evaluación de un paciente	Sin Costo
D0210	Intraoral: serie completa de imágenes radiográficas: <i>limitada a 1 serie cada 24 meses</i>	Sin Costo
D0220	intraoral - primera radiografía periapical	Sin Costo
D0230	intraoral - cada radiografía periapical adicional	Sin Costo
D0240	intraoral - radiografía oclusal	Sin Costo
D0250	Extrabucal - radiografía de proyección 2D creada utilizando una fuente de radiación estacionaria y un detector	Sin Costo
D0251	Imagen radiográfica dental posterior extrabucal	Sin Costo
D0270	rayos-X de mordida - radiografía única	Sin Costo
D0272	rayos-X de mordida - dos radiografías	Sin Costo
D0273	rayos-X de mordida - tres radiografías	Sin Costo
D0274	rayos-X de mordida - cuatro radiografías - <i>limitado a 1 serie cada 6 meses</i>	Sin Costo
D0277	rayos-X de mordida verticales - de 7 a 8 radiografías	Sin Costo
D0330	radiografía panorámica	Sin Costo
D0396	Impresión 3D de un escáner 3D intraoral	Sin Costo
D0415	Toma de muestra de microorganismos para cultivo y prueba de sensibilidad	Sin Costo
D0419	Evaluación del flujo salival por medición - <i>1 cada 12 meses</i>	Sin Costo
D0425	Pruebas de susceptibilidad a las caries	Sin Costo
D0460	Pruebas de vitalidad de la pulpa	Sin Costo
D0470	Moldes dentales para diagnóstico	Sin Costo
D0472	Excisión de tejido, examen general, preparación y presentación de diagnóstico escrito	Sin Costo
D0473	Excisión de tejido, examen general y microscópico, preparación y presentación de diagnóstico escrito	Sin Costo
D0474	Excisión de tejido, examen general y microscópico, incluye la evaluación de márgenes quirúrgicos para detección de enfermedades y la preparación y presentación de diagnóstico escrito	Sin Costo
D0601	Evaluación y documentación de riesgo de caries con resultados de bajo riesgo - <i>1 cada 12 meses</i> .	Sin Costo
D0602	Evaluación y documentación de riesgo de caries con resultados de riesgo moderado - <i>1 cada 12 meses</i>	Sin Costo
D0603	Evaluación y documentación de riesgo de caries con resultados de alto riesgo - <i>1 cada 12 meses</i> ..	Sin Costo
D0701	Imagen radiográfica panorámica, solo captura de imágenes	Sin Costo
D0702	Imagen radiográfica cefalométrica en 2D, solo captura de imágenes	Sin Costo

D0703	Imagen fotográfica bucal/facial en 2D obtenida intra o extraoralmente, solo captura de imágenes	Sin Costo
D0705	Imagen radiográfica dental posterior extraoral, solo captura de imágenes	Sin Costo
D0706	Imagen radiográfica oclusal intraoral, solo captura de imágenes	Sin Costo
D0707	Imagen radiográfica periapical intraoral, solo captura de imágenes	Sin Costo
D0708	Serie completa de imágenes radiográficas intraorales, solo captura de imágenes	Sin Costo
D0709	Intraoral: serie completa de imágenes radiográficas: solo captura de imágenes	Sin Costo
D0999	Procedimiento de diagnóstico no especificado, por informe - <i>incluye visita al consultorio, por consulta (además de otros servicios)</i>	Sin Costo

D1000-D1999**II. PREVENCIÓN**

D1110	Limpieza <i>profiláctica</i> - adultos - 1 D1110, D1120 o D4346 cada 6 meses	Sin Costo
D1110	Limpieza <i>profiláctica adicional</i> - adultos (dentro de un período de 6 meses)	\$45.00
D1120	Limpieza <i>profiláctica</i> - niños - 1 D1110, D1120 o D4346 cada 6 meses	Sin Costo
D1120	Limpieza <i>profiláctica adicional</i> - niños (dentro de un período de 6 meses)	\$35.00
D1206	Aplicación tópica de fluoruro o barniz - <i>niños hasta los 19 años; 1 D1206 o D1208 cada 6 meses</i>	Sin Costo
D1208	Aplicación tópica de fluoruro - excluyendo el barniz - <i>niños hasta los 19 años; 1 D1206 o D1208 cada 6 meses</i>	Sin Costo
D1310	Asesoramiento nutricional para el control de enfermedades dentales	Sin Costo
D1330	Instrucciones para una correcta higiene oral	Sin Costo
D1351	Sellador - por pieza dentaria - <i>limitado a molares permanentes hasta 15 años</i>	\$10.00
D1352	Restauración preventiva de una resina en un paciente con riesgo de caries medio a elevado - diente permanente - <i>limitado a molares permanentes hasta 15 años</i>	\$10.00
D1353	Reparación con sellador - por diente - <i>limitado a muelas permanentes hasta los 15 años</i>	\$10.00
D1354	Aplicación de medicamento anticaries - por diente - <i>niños hasta los 19 años; 1 cada 6 meses</i>	Sin Costo
D1510	Mantenedor de espacio - fijo - unilateral - por cuadrante	\$35.00
D1516	Separador - fijo - bilateral, maxilar	\$35.00
D1517	Separador - fijo - bilateral, mandibular	\$35.00
D1520	Mantenedor de espacio - removible - unilateral - por cuadrante	\$35.00
D1526	Separador - extraíble - bilateral, maxilar	\$35.00
D1527	Separador - extraíble - bilateral, mandibular	\$35.00
D1551	Recementado o readhesión de mantenedor de espacio bilateral - maxilar	Sin Costo
D1552	Recementado o readhesión de mantenedor de espacio bilateral - mandibular	Sin Costo
D1553	Recementado o readhesión de mantenedor de espacio unilateral - por cuadrante	Sin Costo
D1556	Remoción del mantenedor de espacio unilateral fijo - por cuadrante	Sin Costo
D1557	Remoción del mantenedor de espacio bilateral fijo - maxilar	Sin Costo
D1558	Remoción del mantenedor de espacio bilateral fijo - mandibular	Sin Costo
D1575	Separador de calzado distal - fijo, unilateral - por cuadrante - <i>niño hasta los 9 años</i>	\$35.00

D2000-D2999**III. RESTAURACIÓN**

- Incluye pulido, adhesivos y demás agentes de enlace, pulpotomía indirecta, bases, recubrimientos y procedimientos de grabado ácido.

- Cuando hay más de seis coronas en el mismo plan de tratamiento, se le puede cobrar \$100.00 adicionales por corona, más allá de la sexta unidad.

- El reemplazo de coronas y de restauraciones rígidas (inlays y outlays) requiere que la restauración actual tenga una antigüedad mínima de 5 años.

D2140	Amalgama - 1 superficie, primaria o permanente	\$5.00
D2150	Amalgama - 2 superficies, primaria o permanente	\$10.00
D2160	Amalgama - 3 superficies, primaria o permanente	\$15.00
D2161	Amalgama - 4 superficies, primaria o permanente	\$20.00
D2330	Empaste a base de resina - 1 superficie, anterior	\$22.00
D2331	Empaste a base de resina - 2 superficies, anterior	\$26.00
D2332	Empaste a base de resina - 3 superficies, anterior	\$28.00
D2335	Empaste compuesto de resina - cuatro o más superficies (dientes anteriores)	\$40.00
D2390	Corona con a base de resina, anterior	\$50.00
D2391	Empaste a base de resina - 1 superficie, posterior	\$65.00
D2392	Empaste a base de resina - 2 superficies, posteriores	\$75.00
D2393	Empaste a base de resina - 3 o más superficies, posteriores	\$85.00
D2394	Empaste a base de resina - 4 superficies o más, posteriores	\$95.00

Plan CA12A	DeltaCare USA	Descripción de Beneficios y Copagos
------------	---------------	-------------------------------------

D2510	Inlay - metálico - 1 superficie	\$45.00
D2520	Inlay - metálico - 2 superficies	\$50.00
D2530	Inlay - metálico - 3 superficies o más	\$55.00
D2542	Onlay - metálico - 2 superficies	\$55.00
D2543	Onlay - metálico - 3 superficies	\$60.00
D2544	Onlay - metálico - 4 superficies o más	\$65.00
D2610	Inlay - porcelana/cerámica - 1 superficie	\$215.00
D2620	Inlay - porcelana/cerámica - 2 superficies	\$245.00
D2630	Inlay - porcelana/cerámica - 3 superficies o más	\$260.00
D2642	Onlay - porcelana/cerámica - 2 superficies	\$240.00
D2643	Onlay - porcelana/cerámica - 3 superficies	\$270.00
D2644	Onlay - porcelana/cerámica - 4 superficies o más	\$285.00
D2650	Inlay - a base de resina - 1 superficie	\$135.00
D2651	Inlay - a base de resina - 2 superficies	\$155.00
D2652	Inlay - a base de resina - 3 superficies o más	\$185.00
D2662	Onlay - a base de resina - 2 superficies	\$180.00
D2663	Onlay - a base de resina - 3 superficies	\$200.00
D2664	Onlay - a base de resina - 4 superficies o más	\$235.00
D2710	Corona - a base de resina (indirecto)	\$85.00
D2712	Corona - 3/4 a base de resina (indirecto)	\$85.00
D2720	Corona - resina con metal muy noble	\$245.00
D2721	Corona - resina con metal basico predominantemente	\$145.00
D2722	Corona - resina con metal noble	\$185.00
D2740	Corona - porcelana/cerámica	\$295.00
D2750	Corona - porcelana fundido con metal muy noble	\$295.00
D2751	Corona - porcelana fundido con metal basico predominantemente	\$195.00
D2752	Corona - porcelana fundido con metal noble	\$235.00
D2753	Corona - porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio	\$295.00
D2780	Corona - 3/4 de recubrimiento con metal muy noble	\$260.00
D2781	Corona - 3/4 de recubrimiento con base principalmente de metal	\$160.00
D2782	Corona - 3/4 de recubrimiento con metal noble	\$200.00
D2783	Corona - 3/4 porcelana/cerámica	\$295.00
D2790	Corona - recubrimiento completo con metal muy noble	\$260.00
D2791	Corona - recubrimiento completo con metal basico predominantemente	\$160.00
D2792	Corona - recubrimiento completo con metal noble	\$200.00
D2794	Corona - titanio y aleaciones de titanio	\$295.00
D2910	Volver a cementar o pegar incrustación inlay, restauración onlay, recubrimiento o restauración de cobertura parcial	\$10.00
D2915	Volver a cementar o pegar perno-muñón indirectamente fabricado o prefabricado	\$10.00
D2920	Volver a cementar o pegar corona	\$10.00
D2921	Reinserción de fragmento de diente, borde incisivo o cúspide (<i>anterior</i>)	\$40.00
D2928	Corona prefabricada de porcelana/cerámica, diente permanente	\$25.00
D2929	Corona prefabricada de porcelana/cerámica - diente primario - <i>anterior</i>	\$30.00
D2930	Corona preformada de acero inoxidable - diente primario	\$25.00
D2931	Corona preformada de acero inoxidable - diente permanente	\$25.00
D2932	Corona de resina prefabricada - <i>diente primario anterior</i>	\$35.00
D2933	Corona preformada de acero inoxidable con ventana de resina - <i>diente primario anterior</i>	\$30.00
D2940	Restauración protectora	\$10.00
D2941	Restauración terapéutica temporal - dentición primaria	\$10.00
D2949	Fundación restauradora de una restauración indirecta	\$20.00
D2950	Reconstrucción de muñón, incluyendo las clavijas necesarias	\$20.00
D2951	Fijación de pines - por diente, además de restauración	\$15.00
D2952	Perno y núcleo preformados además de la corona, fabricados indirectamente - <i>incluye preparación de conducto</i>	\$60.00
D2953	Cada perno preformado adicional, fabricado indirectamente - mismo diente - <i>incluye preparación de conducto</i>	\$45.00

Plan CA12A	DeltaCare USA	Descripción de Beneficios y Copagos
------------	---------------	-------------------------------------

D2954	Perno y núcleo preformados además de la corona - <i>perno con base de metal; incluye preparación del canal</i>	\$45.00
D2957	Cada perno preformado adicional - mismo diente <i>perno metálico; incluye preparación de conducto</i>	\$35.00
D2971	Procedimientos adicionales para adaptar una corona y ajustarla a la estructura de una dentadura parcial existente	\$39.00
D2976	Estabilización con banda - por diente - <i>limitada a una vez en la vida por diente</i>	\$15.00
D2980	arreglo de la corona por causa de falla del material restaurador	\$20.00
D2981	Arreglo de los inlays por causa de falla del material restaurador	\$20.00
D2982	Arreglo de los onlays por causa de falla del material restaurador	\$20.00
D2983	Arreglo del revestimiento necesario por falla del material restaurador	\$20.00
D2989	Excavation of a tooth resulting in the determination of non-restorability	Sin Costo
D2990	Infiltración de resina de lesiones incipientes en la superficie lisa - <i>limitado a molares permanentes hasta 15 años</i>	\$10.00
D2991	Aplicación de medicamento regenerador de hidroxiapatita - <i>Limitado a dos veces por diente en un período de 12 meses</i>	\$10.00

D3000-D3999 IV. ENDODONCIA

D3110	Pulpotomía - directa (no incluye restauración final)	Sin Costo
D3120	Pulpotomía - indirecta (no incluye restauración final)	Sin Costo
D3220	Pulpotomía terapéutica (no incluye restauración final) - extracción de la pulpa coronal en la unión dentinocemental y aplicación de medicamento	\$15.00
D3221	Biopulpectomía total, dientes primarios y permanentes	\$20.00
D3222	Pulpotomía parcial para apexogenesis - diente permanente con desarrollo incompleto de la raíz ...	\$15.00
D3230	Terapia pulpar (empaste reabsorbible) - diente primario, anterior (no incluye restauración final) ...	\$30.00
D3240	Terapia pulpar (empaste reabsorbible) - diente primario, posterior (no incluye restauración final) ..	\$30.00
D3310	<i>Endodoncia</i> tratamiento de canal radicular, dientes anteriores (sin restauración final)	\$85.00
D3320	<i>Endodoncia</i> , diente premolar (no incluye restauraciones finales)	\$150.00
D3330	<i>Endodoncia</i> , muela (no incluye restauraciones finales)	\$280.00
D3331	Tratamiento de obstrucción del conducto radicular; sin intervención quirúrgica	\$85.00
D3332	Terapia endodóntica incompleta; diente no operable ni reparable o fracturado	\$85.00
D3333	Restauración de perforaciones del piso de la cámara pulpar	\$85.00
D3346	Repetición de una terapia anterior del conducto radicular - anterior	\$115.00
D3347	Tratamiento posterior de conducto radicular previo - premolars	\$180.00
D3348	Repetición de una terapia anterior del conducto radicular - molar	\$310.00
D3351	Apexificación/recalcificación - visita inicial (cierre apical/reparación calcifical de perforaciones, reabsorción de raíz, etc.)	\$80.00
D3352	Apexificación/recalcificación - reemplazo provisional de medicamento (cierre apical/reparación de perforaciones con calcio, reabsorción de la raíz, desinfección del espacio de la pulpa, etc.)	\$55.00
D3353	Apexificación/recalcificación - consulta final (incluye terapia completa del conducto radicular - cierre apical/reparación de perforaciones por calcificación, reabsorción radicular, etc.)	\$55.00
D3410	Apicectomía - anterior	\$90.00
D3421	Apicectomía - premolar (primera raíz)	\$100.00
D3425	Apicectomía - molar (primer tratamiento)	\$110.00
D3426	Apicectomía (cada tratamiento adicional)	\$65.00
D3430	Retratamiento de conducto - por raíz	\$60.00
D3450	Amputación radicular - por raíz	Sin Costo
D3471	Reparación quirúrgica de resorción de raíz, anterior	\$90.00
D3472	Reparación quirúrgica de resorción de raíz, premolar	\$90.00
D3473	Reparación quirúrgica de resorción de raíz, molar	\$90.00
D3501	Exposición quirúrgica de la superficie de la raíz sin apicectomía o reparación quirúrgica de resorción de raíz, anterior	\$90.00
D3502	Exposición quirúrgica de la superficie de la raíz sin apicectomía o reparación quirúrgica de resorción de raíz, premolar	\$90.00
D3503	Exposición quirúrgica de la superficie de la raíz sin apicectomía o reparación quirúrgica de resorción de raíz, molar	\$90.00
D3920	Radectomía (con extracción de raíz), sin incluir el tratamiento del conducto radicular	\$40.00
D3921	Decoronación o sumersión de un diente erupcionado	\$8.00

D4000-D4999**V. PERIODONCIA**

- Incluye exámenes pre-quirúrgicos y pos-quirúrgicos y tratamiento con anestesia local.

D4210	Gingivectomía o gingivoplastia - 4 o más dientes contiguos o espacios dentales vecinos por cuadrante	\$135.00
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia - 1 a 3 dientes contiguos o espacios dentales vecinos por cuadrante	\$80.00
D4212	Gingivectomía o gingivoplastia para hacer espacio para el procedimiento de restauración, por diente	Sin Costo
D4240	Procedimiento de colgajo gingival, con alisado radicular - 4 o más dientes contiguos o espacios dentales vecinos por cuadrante	\$135.00
D4241	Procedimiento de colgajo gingival, con alisado radicular - 1 a 3 dientes contiguos o más o espacios dentales vecinos por cuadrante	\$80.00
D4245	Colgajo en posición apical	\$130.00
D4249	Alargamiento clínico de corona - tejido duro	\$125.00
D4260	Cirugía ósea (incluye elevación de un colgajo de grosor completo y cierre): cuatro o más espacios entre dientes consecutivos o delimitados por cuadrante	\$300.00
D4261	Cirugía ósea (incluye elevación de un colgajo de grosor completo y cierre): uno a tres espacios entre dientes consecutivos o delimitados por cuadrante	\$240.00
D4263	Injerto de reemplazo óseo - diente natural retenido - primer sitio en el cuadrante	\$215.00
D4264	Injerto de reemplazo óseo - diente natural retenido - cada sitio adicional en el cuadrante	\$80.00
D4270	Injerto tisular de pedículo blando	\$215.00
D4274	Procedimiento de cuña mesial/distal, diente único (cuando éste no se lleve a cabo junto con procedimientos quirúrgicos en la misma área anatómica)	\$50.00
D4277	Procedimiento de injerto de tejido blando libre (incluidos los sitios quirúrgicos del receptor y del donante) primer diente, implante, o posición sin dientes en injerto	\$215.00
D4278	Procedimiento de injerto de tejido blando libre (incluidos los sitios quirúrgicos del receptor y del donante), cada diente contiguo adicional, implante o posición sin dientes en el mismo sitio del injerto	\$215.00
D4341	Tartrectomía y alisado radicular - 4 dientes o más por cuadrante - <i>limitado a 4 cuadrantes durante un período de 12 meses consecutivos</i>	\$40.00
D4342	Tartrectomía y alisado radicular - 1 a 3 dientes por cuadrante - <i>limitado a 4 cuadrantes durante un período de 12 meses consecutivos</i>	\$30.00
D4346	Limpieza de sarro en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave (de toda la boca, después de la evaluación de la boca) - <i>1 D1110, D1120 o D4346 cada 6 meses</i>	Sin Costo
D4355	Desbridamiento bucal completo para permitir una evaluación y un diagnóstico periodontal completos en la visita subsiguiente - <i>limitado a un tratamiento en un período de 12 meses consecutivos</i>	\$40.00
D4910	Mantenimiento periodontal - <i>limitado a 1 tratamiento cada 6 meses</i>	\$30.00
D4910	<i>Mantenimiento periodontal adicional (dentro de un período de 6 meses)</i>	\$55.00
D4921	Irrigación gingival con un agente medicinal - por cuadrante	Sin Costo

D5000-D5899**VI. PROSTODONCIA (removable)**

- Para todas las dentaduras postizas y dentaduras postizas parciales enumeradas, el copago incluye ajustes posteriores al parto y acondicionamiento del tejido, si es necesario, durante los primeros seis meses después de la colocación. Para todas las dentaduras postizas inmediatas y las dentaduras postizas parciales removibles inmediatas enumeradas, el copago incluye ajustes posteriores al parto y acondicionamiento del tejido, si es necesario, durante los primeros tres meses después de la colocación. Debe seguir siendo elegible y el servicio debe brindarse en el centro del dentista contratado donde se entregó originalmente la dentadura postiza.

- Cada miembro tendrá derecho a un tratamiento de rebasado y acondicionamiento tisular por cada dentadura durante un período de 12 meses consecutivos.

- El reemplazo de una dentadura completa o parcial exige que la dentadura actual tenga 5 años de antigüedad.

D5110	Dentadura completa - maxilar	\$215.00
D5120	Dentadura completa - mandibular	\$215.00
D5130	Dentadura inmediata - maxilar	\$235.00
D5140	Dentadura inmediata - mandibular	\$235.00
D5211	Dentadura postiza parcial maxilar - base de resina (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes)	\$180.00
D5212	Dentadura postiza parcial mandibular - base de resina (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes)	\$180.00

Plan CA12A	DeltaCare USA	Descripción de Beneficios y Copagos
------------	---------------	-------------------------------------

D5213	Dentadura maxilar parcial - esqueleto de metal preformado con bases de resina para piezas dentarias (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	\$240.00
D5214	Dentadura mandibular parcial - esqueleto de metal preformado con bases de resina para piezas dentarias (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	\$240.00
D5221	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata - base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes, y dientes)	\$180.00
D5222	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata - base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes, y dientes)	\$180.00
D5223	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata - molde metálico con bases de resina para dentadura postiza (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	\$240.00
D5224	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata - molde metálico con bases de resina para dentadura postiza (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	\$240.00
D5225	Dentadura parcial maxilar, base flexible (incluidos materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) - los aparatos protésicos se reemplazarán solo después de que hayan transcurrido cinco años desde el momento de la entrega	\$290.00
D5226	Dentadura parcial mandibular, base flexible (incluidos materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	\$290.00
D5227	Dentadura parcial maxilar inmediata, base flexible (incluye ganchos, soportes y dientes)	\$180.00
D5228	Dentadura parcial mandibular inmediata, base flexible (incluye ganchos, soportes y dientes)	\$180.00
D5410	Ajuste de dentadura completa - maxilar	\$10.00
D5411	Ajuste de dentadura completa - mandibular	\$10.00
D5421	Ajuste de dentadura parcial - maxilar	\$10.00
D5422	Ajuste de dentadura parcial - mandibular	\$10.00
D5511	Arreglo de la base rota de una dentadura postiza completa, mandibular	\$25.00
D5512	Arreglo de la base rota de una dentadura postiza completa, maxilar	\$25.00
D5520	Reemplazo de dientes fracturados o faltantes - dentadura completa (cada pieza dentaria)	\$15.00
D5611	Arreglo de la base de resina de una dentadura postiza parcial, mandibular	\$25.00
D5612	Arreglo de la base de resina de una dentadura postiza parcial, maxilar	\$25.00
D5621	Arreglo del molde de yeso parcial, mandibular	\$25.00
D5622	Arreglo del molde de yeso parcial, maxilar	\$25.00
D5630	Arreglo o reemplazo de gancho fracturado - por diente	\$25.00
D5640	Reemplazo de dientes fracturados - por diente	\$15.00
D5650	Agregado de piezas dentarias a dentadura parcial existente	\$15.00
D5660	Colocación de retenedores a dentadura parcial existente - por diente	\$15.00
D5670	Reemplazo de dentadura completa y acrílico en esqueleto metálico (maxilar)	\$150.00
D5671	Reemplazo de dentadura completa y acrílico en esqueleto metálico preformado (mandibular)	\$150.00
D5710	Acondicionamiento de base de dentadura maxilar completa	\$70.00
D5711	Acondicionamiento de base de dentadura mandibular completa	\$70.00
D5720	Acondicionamiento de base de dentadura maxilar parcial	\$70.00
D5721	Acondicionamiento de base de dentadura mandibular parcial	\$70.00
D5725	Rebase de prótesis híbrida	\$70.00
D5730	Rebasado de dentadura maxilar completa (flancos)	\$35.00
D5731	Rebasado de dentadura mandibular completa (flancos)	\$35.00
D5740	Rebasado de dentadura maxilar parcial (flancos)	\$35.00
D5741	Rebasado de dentadura mandibular parcial (flancos)	\$35.00
D5750	Rebasado de dentadura maxilar completa (laboratorio)	\$75.00
D5751	Rebasado de dentadura mandibular completa (laboratorio)	\$75.00
D5760	Rebasado de dentadura maxilar parcial (laboratorio)	\$75.00
D5761	Rebasado de dentadura mandibular parcial (laboratorio)	\$75.00
D5765	Revestimiento blando para dentadura removible completa o parcial, indirecto	\$75.00
D5820	Dentadura parcial provisoria, (incluidos materiales de retención/ganchos, soportes y dientes), maxilar - <i>limitado a 1 mes dentro de un período de 12 meses consecutivos</i>	\$90.00
D5821	Dentadura parcial provisoria, (incluidos materiales de retención/ganchos, soportes y dientes), mandibular - <i>limitado a 1 mes dentro de un período de 12 meses consecutivos</i>	\$90.00
D5850	Acondicionamiento tisular, maxilar	\$15.00
D5851	Acondicionamiento tisular, mandibular	\$15.00

D5900-D5999 VII. PROESTÉTICA MAXILOFACIAL - Sin Cobertura

D6000-D6199 VIII. SERVICIOS DE IMPLANTES - Sin cobertura

D6200-D6999 IX. PROSTODONCIA, fija (cada retenedor y pónico constituyen una unidad en una dentadura parcial fija [puente])

- Cuando una corona o pónico supere las seis unidades en el mismo plan de tratamiento, se le puede cobrar \$100.00 adicionales por unidad, más allá de la sexta unidad.

- El reemplazo de una corona, puente, inlay, onlay o placas de descanso requiere que el puente existente tenga una antigüedad de 5 años.

D6210	Puente - metal preformado muy noble	\$260.00
D6211	Puente - base preformada con metal basico predominantemente	\$160.00
D6212	Puente - metal preformado noble	\$200.00
D6240	Puente - porcelana fundido con metal muy noble	\$295.00
D6241	Puente - porcelana fundido con metal basico predominantemente	\$195.00
D6242	Puente - porcelana fundido con metal noble	\$235.00
D6243	Pónico - porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio	\$235.00
D6245	Puente - porcelana/cerámica	\$295.00
D6250	Puente - resina con metal muy noble	\$245.00
D6251	Puente - resina con con metal basico predominantemente	\$145.00
D6252	Puente - resina con metal noble	\$195.00
D6600	Incrustación inlay de retención - porcelana/cerámica, dos superficies	\$245.00
D6601	Incrustación inlay de retención - porcelana/cerámica, tres o más superficies	\$260.00
D6602	Incrustación inlay de retención - molde con alto contenido de metal noble, dos superficies	\$150.00
D6603	Incrustación inlay de retención - molde con alto contenido de metal noble, tres o más superficies .	\$155.00
D6604	Incrustación inlay de retención - molde de metal base principalmente, dos superficies	\$50.00
D6605	Incrustación inlay de retención - molde de metal base principalmente, tres o más superficies	\$55.00
D6606	Incrustación inlay de retención - molde de metal noble, dos superficies	\$90.00
D6607	Incrustación inlay de retención - molde de metal noble, tres o más superficies	\$95.00
D6608	Restauración onlay de retención - porcelana/cerámica, dos superficies	\$240.00
D6609	Restauración onlay de retención - porcelana/cerámica, tres o más superficies	\$270.00
D6610	Restauración onlay de retención - molde con alto contenido de metal noble, dos superficies	\$155.00
D6611	Restauración onlay de retención - molde con alto contenido de metal noble, tres o más superficies	\$160.00
D6612	Restauración onlay de retención - molde de metal base principalmente, dos superficies	\$55.00
D6613	Restauración onlay de retención - molde de metal base principalmente, tres o más superficies	\$65.00
D6614	Restauración onlay de retención - molde de metal noble, dos superficies	\$95.00
D6615	Restauración onlay de retención - molde de metal noble, tres o más superficies	\$105.00
D6720	Corona de retención - resina con alto contenido de metal noble	\$245.00
D6721	Corona de retención - resina con metal base principalmente	\$145.00
D6722	Corona de retención - resina con metal noble	\$185.00
D6740	Corona de retención - porcelana/cerámica	\$295.00
D6750	Corona de retención - porcelana fundida con alto contenido de metal noble	\$295.00
D6751	Corona de retención - porcelana fundida con metal base principalmente	\$195.00
D6752	Corona de retención - porcelana fundida con metal noble	\$235.00
D6753	Corona de retenedor - porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio	\$295.00
D6780	Corona de retención - 3/4 de molde con alto contenido de metal noble	\$260.00
D6781	Corona de retención - 3/4 de molde de metal base principalmente	\$160.00
D6782	Corona de retención - 3/4 de molde de metal noble	\$200.00
D6783	Corona de retención - 3/4 de porcelana/cerámica	\$295.00
D6784	Corona de retenedor - 3/4 titanio y aleaciones de titanio	\$260.00
D6790	Corona de retención - molde completo con alto contenido de metal noble	\$260.00
D6791	Corona de retención - molde completo de metal base principalmente	\$160.00
D6792	Corona de retención - molde completo de metal noble	\$200.00
D6930	Volver a cementar o pegar dentadura postiza parcial fija	\$15.00
D6940	Placa de descanso	\$25.00
D6980	arreglo de dentadura fija parcial por causa de falla del material restaurador	\$30.00

D7000-D7999 X. CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

- Incluye exámenes pre-quirúrgicos y pos-quirúrgicos y tratamiento con anestesia local.

D7111	Extracción, restos de corona - dientes primarios	\$5.00
D7140	Extracción de diente avulsionado o raíz expuesta (extracción por elevación y/o fórceps)	\$8.00
D7210	Extracción, dientes erupcionados que necesitan la extracción del hueso o la segmentación del diente e incluye la elevación del colgajo mucoperióstico si así está indicado	\$45.00
D7220	Extracción de diente traumatizado - tejido blando	\$55.00
D7230	Extracción de diente traumatizado - parcialmente óseo	\$75.00
D7240	Extracción de diente traumatizado - totalmente óseo	\$95.00
D7241	Extracción de diente traumatizado - totalmente óseo con complicaciones quirúrgicas inusuales ...	\$115.00
D7250	Extracción de raíces dentarias residuales (procedimiento de corte)	\$25.00
D7251	Coronectomía: extracción parcial intencional de dientes, solo dientes impactados	\$115.00
D7270	Reimplantación de diente y/o estabilización de diente avulsionado o desplazado accidentalmente	\$95.00
D7280	Exposición de un diente no erupcionado	\$120.00
D7282	Movilización de diente avulsionado o en mala posición para permitir la erupción	\$120.00
D7283	Colocación de dispositivo para facilitar la erupción de diente traumatizado	Sin Costo
D7284	Biopsia por excisión de glándulas salivales menores - <i>no incluye procedimientos de patología en el laboratorio</i>	\$25.00
D7286	Biopsia incisional de tejido bucal blando - <i>no incluye procedimientos en laboratorio de patología</i> .	\$25.00
D7310	Alveoloplastia con extracciones - 4 o más dientes o espacios interdentes - por cuadrante	\$50.00
D7311	Alveoloplastia con extracciones - 1 a 3 dientes o espacios interdentes, por cuadrante	\$50.00
D7320	Alveoloplastia sin extracciones - 4 o más dientes o espacios interdentes - por cuadrante	\$70.00
D7321	Alveoloplastia sin extracciones - 1 a 3 dientes o espacios interdentes, por cuadrante	\$70.00
D7450	Extracción de quiste odontogénico benigno o tumor - lesión hasta 1,25 cm de diámetro	Sin Costo
D7451	Extracción de quiste odontogénico benigno o tumor - lesión con diámetro superior a 1,25 cm	Sin Costo
D7471	Extracción de exostosis lateral (maxilar o mandibular)	\$25.00
D7472	Eliminación de torus palatinus	\$25.00
D7473	Eliminación de torus mandibularis	\$25.00
D7509	Marsupialización de quiste odontogénico	Sin Costo
D7510	Incisión y drenaje de abscesos - tejido intraoral blando	Sin Costo
D7922	Colocación de apósitos biológicos intralveolares para ayudar en la hemostasia o estabilización de coágulos, por sitio	Sin Costo
D7961	Frenectomía bucal/labial (frenulectomía)	Sin Costo
D7962	Frenectomía lingual (frenulectomía)	Sin Costo
D7970	Excisión de tejido hiperplásico - por arco	\$60.00
D7971	Excisión de tejido gingival pericoronario	\$60.00

D8000-D8999 XI. ORTODONCIA

- Las prestaciones descritas en el plan de copagos para cada etapa de un tratamiento de ortodoncia (limitado, interceptivo o integral) cubre hasta 24 meses de tratamiento activo. Superado el plazo de 24 meses, se aplicará un cargo mensual no superior a \$125.00.

- El plan de Copagos de Retención incluye ajustes y/o consultas durante un período de hasta 24 meses.

Los informes pre y post ortodóncicos incluyen:

El Beneficio para informes y servicios diagnósticos previos al tratamiento incluye: \$200.00

D0210	Intraoral - serie comprensivo de radiografías	
D0322	Tomografía computada	
D0330	radiografía panorámica	
D0340	Radiografía cefalométrica 2D - adquisición, medida y análisis	
D0350	2D imágenes fotográficas orales/faciales obtenidas intra o extraoralmente	
D0396	Impresión 3D de un escáner 3D intraoral	Sin Costo
D0470	Moldes dentales para diagnóstico	
D0801	Escaneo 3D de la superficie dental - directo	
D0802	Escaneo 3D de la superficie dental - indirecto	
D0803	Escaneo 3D de la superficie facial - directo	
D0804	Escaneo 3D de la superficie facial - indirecto	

	<i>El Beneficio para informes después del tratamiento incluye:</i>	\$70.00
D0210	Intraoral - serie comprensivo de radiografías	
D0470	Moldes dentales para diagnóstico	
D8010	Tratamiento ortodóncico limitado del grupo de dientes primarios	\$950.00
D8020	Tratamiento ortodóncico limitado de los dientes de leche <i>niños o adolescentes hasta 19 años</i>	\$950.00
D8030	Tratamiento ortodóncico limitado en dentadura de adolescentes - <i>adolescentes hasta 19 años</i>	\$950.00
D8040	Tratamiento ortodóncico limitado - <i>adultos, incluye niños a cargo de adultos con cobertura</i>	\$1,150.00
D8070	Tratamiento ortodóncico completo de dientes de leche <i>niños o adolescentes hasta 23 años</i>	\$1,700.00
D8080	Tratamiento ortodóncico completo en dentadura de adolescentes <i>adolescentes hasta 19 años</i>	\$1,700.00
D8090	Tratamiento ortodóncico completo - <i>adultos, incluye niños a cargo de adultos con cobertura</i>	\$1,900.00
D8660	Examen para tratamiento preortodóncico para controlar el crecimiento y desarrollo	\$25.00
D8680	Retención ortodóntica (extracción de aparatos, armado y colocación de <i>retenedores</i> removibles)	\$275.00
D8681	Ajuste de retenedor de ortodoncia extraíble	Sin Costo
D8999	Procedimiento ortodóncico no especificado, por informe - <i>incluye consulta para la planificación del tratamiento</i>	\$100.00

D9000-D9999**XII. SERVICIOS GENERALES COMPLEMENTARIOS**

D9110	Tratamiento paliativo del dolor dental - por visita	\$10.00
D9211	Anestesia troncal regional	Sin Costo
D9212	Anestesia infiltrativa terminal	Sin Costo
D9215	Anestesia local en conjunto con procedimientos operativos o quirúrgicos	Sin Costo
D9219	Evaluación para sedación moderada, profunda o anestesia general	Sin Costo
D9222	Sedación profunda/anestesia general, primeros 15 minutos	\$80.00
D9223	Sedación profunda/anestesia general - cada 15 minutos adicionales subsiguientes	\$80.00
D9239	Sedación o analgesia intravenosa moderada (en estado consciente) - primeros 15 minutos	\$80.00
D9243	Sedación o analgesia intravenosa moderada (en estado consciente) - cada 15 minutos adicionales subsiguientes	\$80.00
D9310	Consulta - (diagnóstico por parte de un odontólogo o médico distinto al profesional a cargo del tratamiento)	\$10.00
D9311	Consulta con un profesional del cuidado de la salud	Sin Costo
D9430	Visita al consultorio para control (durante horas regulares de consulta) - sin otras prestaciones	\$5.00
D9440	Visita al consultorio - después de las horas de atención programada	\$25.00
D9450	Presentación del caso, posterior a la planificación detallada y extensa del tratamiento	Sin Costo
D9912	Evaluación del paciente antes de la visita	\$0.00
D9932	Limpieza e inspección de dentadura postiza completa extraíble, maxilar	Sin Costo
D9933	Limpieza e inspección de dentadura postiza completa extraíble, mandibular	Sin Costo
D9934	Limpieza e inspección de dentadura postiza parcial extraíble, maxilar	Sin Costo
D9935	Limpieza e inspección de dentadura postiza parcial extraíble, mandibular	Sin Costo
D9943	Ajuste de protector oclusal	\$10.00
D9944	Protector oclusal - aparatos duros, arco dentario completo - <i>limitado a 1 D9944, D9945 o D9946 en 3 años</i>	\$105.00
D9945	Protector oclusal - aparatos blandos, arco dentario completo - <i>limitado a 1 D9944, D9945 o D9946 en 3 años</i>	\$105.00
D9946	Protector oclusal - aparatos duros, arco dentario parcial - <i>limitado a 1 D9944, D9945 o D9946 en 3 años</i>	\$105.00
D9951	Ajuste oclusal, limitado	\$50.00
D9952	Ajuste oclusal, completo	\$70.00
D9975	Blanqueamiento externo para aplicación en casa, por arco; incluye materiales y fabricación de moldes personalizados - <i>limitado a una cubeta de blanqueamiento y gel para 2 semanas de tratamiento personal</i>	\$125.00
D9986	Consulta perdido - <i>sin previo aviso con 24 horas de anticipación - por cada 15 minutos de tiempo de consulta - hasta un valor máximo de \$40.00</i>	\$10.00
D9987	Consulta cancelada - <i>sin previo aviso con 24 horas de anticipación - por cada 15 minutos de tiempo de consulta - hasta un valor máximo de \$40.00</i>	\$10.00
D9990	Traducción certificada o servicios de idioma de señas - por visita	Sin Costo
D9991	Gestión de casos dentales: cómo abordar los obstáculos en el cumplimiento de las citas	Sin Costo
D9992	Gestión de casos dentales: coordinación de la atención	Sin Costo

D9995	Teleodontología - síncrono, servicios en tiempo real	Sin Costo
D9996	Teleodontología - asíncrono; información almacenada y enviada al Dentista para su posterior revision	Sin Costo
D9997	gestión de casos dentales - Pacientes con necesidades especiales de atención médica	Sin Costo

Los procedimientos con restricciones de edad estarán sujetas a excepciones que se basen en la necesidad médica.

Si los servicios para un procedimiento mencionado son realizados por el dentista contratado, usted paga el copago especificado. Los procedimientos enumerados que requieren que un Dentista brinde Servicios de Especialista y que son referidos por el Dentista Contratado, deben ser autorizados por Nosotros. Usted paga el Copago especificado para dichos servicios.

ANEXO B

Limitaciones y exclusiones de beneficios

Las limitaciones y exclusiones a continuación con restricciones de edad estarán sujetas a excepciones basadas en la necesidad médica

Limitaciones

1. La frecuencia de ciertos beneficios es limitada. Todas las limitaciones relativas a la frecuencia de ciertos beneficios aparecen detalladas en el *Anexo A, Descripción de Beneficios y Copagos*.
2. Si acepta un plan de tratamiento del Dentista contratado que incluye cualquier combinación de más de seis coronas, puentes de puente y/o retenedores de puente, se le puede cobrar \$100.00 adicionales por encima del Copago indicado para cada uno de estos servicios después de que se haya realizado la sexta unidad previsto.
3. La anestesia general y/o la sedación/analgesia intravenosa se limitan al tratamiento realizado por un cirujano oral contratado y junto con una remisión aprobada para la extracción de una o más impactaciones óseas parciales o totales (Procedimientos D7230, D7240 y D7241).
4. Los beneficios proporcionados por un dentista pediátrico se limitan a niños hasta los 13 años después de que el dentista contratado haya intentado tratar al niño y con nuestra autorización previa, menos los copagos aplicables. Las excepciones por condiciones médicas, independientemente de la limitación de edad, se considerarán de forma individual.
5. El costo para usted por recibir tratamiento de ortodoncia cuando la cobertura se cancela o finaliza por cualquier motivo se basará en la tarifa presentada por el ortodoncista contratado para el plan de tratamiento. El ortodoncista contratado prorrateará el monto por la cantidad de meses restantes para completar el tratamiento. Usted realiza el pago directamente al ortodoncista contratado según lo acordado.
6. El tratamiento de ortodoncia en curso está limitado si usted es un nuevo afiliado de DeltaCare USA que, en el momento de su fecha de entrada en vigencia original, está en tratamiento activo iniciado bajo su plan dental anterior, siempre y cuando siga siendo elegible bajo el plan DeltaCare USA. El tratamiento activo significa que ha comenzado el movimiento de los dientes. Los afiliados son responsables de todos los copagos y cargos sujetos a las disposiciones de su plan dental anterior. Somos financieramente responsables solo por los montos no pagados por el plan dental anterior para los casos de ortodoncia que califican.

Exclusiones

1. Todo tratamiento que no esté específicamente indicado en el *Anexo A, Descripción de Beneficios y Copagos*.
2. Cualquier procedimiento que desde el punto de vista del dentista de cabecera:
 - * No permita garantizar un resultado positivo ni una duración aceptable, de acuerdo con el estado del diente o los dientes y/o las estructuras adyacentes. ○
 - * Sea consistente con las normas dentales generalmente aceptadas.
3. Prestaciones sólo con fines estéticos, con excepción del procedimiento D9975, blanqueamiento externo, por arco, o en el caso de problemas que fueran el resultado de defectos hereditarios o de desarrollo, tales como paladar hendido, malformaciones en la mandíbula inferior y superior, dientes faltantes por enfermedades congénitas o dientes descoloridos o esmalte insuficiente, salvo en el caso del tratamiento de neonatos que presenten defectos congénitos o de nacimiento.
4. Coronas de porcelana, de porcelana con aleación de metal, de metal preformado o de resina con aleación de metal y dentaduras parciales fijas (puentes) para niños menores de 16 años.

5. El reemplazo de aparatos perdidos o robados, incluidos, entre otros, dentaduras postizas completas o parciales, mantenedores de espacio y coronas y dentaduras postizas parciales fijas (puentes).
6. Procedimientos, piezas o restauraciones si el objetivo fuera cambiar una dimensión vertical o diagnosticar o tratar condiciones anormales en la unión temporomandibular (TMJ).
7. Procedimientos que pueden incluir:
 - * metales preciosos para piezas removibles;
 - * bases blandas permanentes o metálicas para dentaduras completas;
 - * dentadura de porcelana dentada;
 - * pilares de precisión para parciales removibles o prótesis parciales fijas, que incluyen pero no se limitan a recubrimientos y aparatos especializados relacionados; y/o
 - * personalización y caracterización de prótesis dentales completas y parciales.
8. Metales preciosos para piezas removibles, bases metálicas blandas o permanentes para dentaduras completas, piezas dentarias de porcelana, pilares de precisión para dentaduras parciales removibles o fijas (recubrimiento, implantes y materiales afines) y adaptación de dentaduras parciales y completas según las necesidades del paciente.
9. Consultas por Beneficios no cubiertos.
10. Servicios dentales recibidos de cualquier centro dental que no sea el Dentista contratado, un especialista dental autorizado o un Ortodoncista contratado, excepto los Servicios de emergencia, como se describe en la Evidencia de cobertura.
11. Todos los honorarios de admisión, uso, hospitalización, centros quirúrgicos ambulatorios, instituciones de atención complementaria u otros centros de atención similares.
12. Medicamentos con receta.
13. Gastos dentales incurridos en relación con cualquier procedimiento dental u ortodóncico iniciado antes del período de elegibilidad del miembro para acceder al Programa de DeltaCare USA. Algunos ejemplos: Dientes preparados para colocación de coronas, tratamiento de conductos radiculares en curso, dentaduras completas o parciales para las que se hubieran tomado impresiones y tratamientos ortodóncicos, salvo que el miembro califique para la disposición de tratamiento ortodóncico en curso.
14. Piezas de ortodoncia extraviadas, robadas o estropeadas.
15. Cambios en el tratamiento ortodóncico a causa de un accidente de cualquier índole.
16. Aparatos o terapias miofuncionales y parafuncionales con la excepción de los procedimientos D9944 (Protector oclusal, aparato duro, arco dentario completo), D9945 (Protector oclusal - aparato blando, arco dentario completo) y D9946 (Aparato protector oclusal-duro, arco dentario parcial).
17. Brackets de composite o cerámicos, adaptación lingual de bandas de ortodoncia.
18. Tratamiento o aparatos provistos por un dentista especializado en prostodoncia.
19. El tratamiento de ortodoncia debe ser proporcionado por un Dentista con la licencia correspondiente. La ortodoncia autoadministrada no está cubierta.

Más consejos útiles para usar su plan

Busque un dentista de la red cerca de usted

Utilice nuestra conveniente herramienta

Buscar un dentista y seleccione **DeltaCare USA** como su red.

- Encuentre un dentista cerca de su hogar u oficina.
- Limite su búsqueda por ubicación, especialidad, idiomas hablados y más.

Cree una cuenta en línea en es.deltadentalins.com/welcome

- Revise los beneficios de su plan.
- Acceda a su tarjeta de identificación si quiere una (no necesita una tarjeta de identificación para recibir servicios).
- Seleccione o cambie su dentista.

Disfrute las ventajas de la cobertura de Delta Dental

Obtenga ventajas para miembros adicionales como ahorros en la salud bucal y la salud general, recursos exclusivos y más en es.deltadentalins.com/memberperks.

También puede acceder a herramientas y consejos sobre salud bucal en es.deltadentalins.com/wellness.

Póngase en contacto con nosotros

¿Necesita ayuda? Infórmenos.

En línea: Visite

es.deltadentalins.com/about/contact

Escriba a:

Delta Dental Insurance Company
1130 Sanctuary Parkway
Alpharetta, GA 30009

Llame gratis al: 800-422-4234

Los representantes del Departamento de Servicio al Cliente están disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 9 p. m., Hora del Este. O use nuestro sistema telefónico automatizado, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Administrado por:

Delta Dental Insurance Company
1130 Sanctuary Parkway
Alpharetta, Georgia 30009



DeltaCare USA está respaldado en estos estados por las siguientes entidades: en Alabama por Alpha Dental of Alabama, Inc.; en Arizona por Alpha Dental of Arizona, Inc.; en California por Delta Dental of California; en Arkansas, Colorado, Iowa, Massachusetts, Maine, Michigan, Minnesota, North Carolina, North Dakota, Nebraska, New Hampshire, Oklahoma, Oregon, Rhode Island, South Carolina, South Dakota, Virginia, Vermont, Washington, Wisconsin y Wyoming por Dentegra Insurance Company; en Alaska, Connecticut, District of Columbia, Delaware, Florida, Georgia, Kansas, Louisiana, Mississippi, Montana, Tennessee y West Virginia por Delta Dental Insurance Company; en Hawaii, Idaho, Illinois, Indiana, Kentucky, Maryland, Missouri, New Jersey, Ohio y Texas por Alpha Dental Programs, Inc.; en Nevada por Alpha Dental of Nevada, Inc.; en Utah por Alpha Dental of Utah, Inc.; en New Mexico por Alpha Dental of New Mexico, Inc.; en New York por Delta Dental of New York, Inc.; en Pennsylvania por Delta Dental of Pennsylvania. Delta Dental Insurance Company opera como administradora de DeltaCare USA en todos estos estados. Estas compañías tienen la responsabilidad financiera de sus propios productos.

NOTA: Éste es solo un breve resumen de su plan.

Este folleto no pretende reemplazar su folleto del plan requerido legalmente. Debe consultar el Contrato de servicios dentales de grupo para determinar los términos y las condiciones exactos de su cobertura. Consulte "Descripción de beneficios y copagos" y "Limitaciones y exclusiones de los beneficios" en este panfleto para obtener una lista completa de los procedimientos cubiertos, los copagos y las limitaciones y exclusiones del plan. También puede consultar su Evidencia/Certificado de cobertura, que se le enviará por correo cuando se inscriba. Si desea revisar una Evidencia/Certificado de cobertura antes de la inscripción, puede solicitar una copia llamando a Servicio al Cliente al **800-422-4234**.