

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: Alabama — Alpha Dental of Alabama, Inc.; Arizona — Alpha Dental of Arizona, Inc.; California — Delta Dental of California; 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, Wyoming — Dentegra Insurance Company; Alaska, Connecticut, District of Columbia, Delaware, Florida, Georgia, Kansas, Louisiana, Mississippi, Montana, Tennessee, West Virginia — Delta Dental Insurance Company; Hawaii, Idaho, Illinois, Indiana, Kentucky, Maryland, Missouri, New Jersey, Ohio, Texas — Alpha Dental Programs, Inc.; Nevada — Alpha Dental of Nevada, Inc.; Utah — Alpha Dental of Utah, Inc.; New Mexico — Alpha Dental of New Mexico, Inc.; New York — Delta Dental of New York, Inc.; Pennsylvania — 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.

West Virginia: obtén información sobre nuestro compromiso de brindar acceso a una red de dentistas de calidad en es.deltadentalins.com/about/legal/index-enrollee.html.

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 los Estatutos de Florida.

Lo que necesitas saber con anticipación, o sobre tu plan DeltaCare® USA

Cómo funciona DeltaCare USA

Te facilitamos la tarea: tu dentista de la red de DeltaCare USA se encargará de todo el papeleo, y no necesitas una tarjeta de identificación del plan para recibir tratamiento.

- **Debes consultar a** un dentista general de DeltaCare USA para utilizar tu plan¹.
 - Los hijos dependientes menores de 14 años pueden recibir atención cubierta de un dentista pediátrico que es de la red sin la derivación de un dentista general. Tu dentista general coordinará y te derivará a los especialistas para recibir atención, si es necesario.
- **Puedes seleccionar** un dentista general que es de la red, o se te puede asignar un dentista general en tu primera consulta si aún no has seleccionado uno².
- **Puedes seleccionar** o cambiar de dentistas en cualquier momento en línea o por teléfono.
- **Paga copagos predefinidos**, con todo incluido: sin cargos ocultos (sin cargos de material o laboratorio) en el momento del servicio. Consulta el folleto del plan para conocer la cobertura.
- **Sin deducibles, límites máximos o periodos de espera** para los servicios cubiertos. No hay reclamaciones que presentar: ¡sin complicaciones!
- **Gastos de bolsillo transparentes** en el folleto del plan o en la cuenta en línea.

Lo que cubre tu plan

Estás cubierto para cientos de procedimientos sin límite anual sobre la cantidad que paga tu plan.

- Cobertura completa para más de 350 procedimientos que priorizan el cuidado preventivo
- Limpiezas y exámenes cubiertos con copagos bajos o inexistentes
- Cobertura de ortodoncia para adultos y niños, incluidos alineadores transparentes
- Atención integral que incluye coronas, dentaduras postizas, tratamientos de conducto radicular, cirugía bucal y más

Cómo comenzar

Para inscribirte en un plan de DeltaCare USA, simplemente completa el proceso de inscripción según las indicaciones de tu administrador de beneficios. Selecciona un nuevo dentista de DeltaCare USA o consulta si tu dentista general preferido es de la red.

Una vez que hayamos procesado tu inscripción, te enviaremos por correo los materiales de bienvenida, que incluirán lo siguiente:

- **El nombre, el domicilio y el número de teléfono del dentista general seleccionado, o las instrucciones sobre cómo seleccionar uno.** Llama al centro dental para hacer una cita. Nota importante: Para recibir los beneficios bajo tu plan, consulta al centro del dentista general. Puedes consultar a cualquier dentista general de DeltaCare USA en tu centro dental seleccionado siempre que se encuentre en la red de DeltaCare USA.
- **Tu Evidencia/Certificado de cobertura (folleto del plan).** Este documento útil ofrece una descripción detallada de cómo utilizar los beneficios, incluidos los servicios cubiertos, los copagos y las limitaciones y exclusiones de tu plan.
- **Una tarjeta de identificación** Esta tarjeta es solo para tus registros: no necesitas presentarla para recibir tratamiento.

Visita es.deltadentalins.com para crear una cuenta en línea gratuita y segura. Puedes acceder a los beneficios del plan y a la tarjeta de identificación, seleccionar (o cambia) el dentista general y más.

Información general del plan

Tú y tus dependientes elegibles tienen cobertura de servicio dental de emergencia para emergencias fuera del área³. Tu beneficio de emergencia fuera del área (por lo general, limitado a \$100 por persona) es para servicios para aliviar el dolor hasta que consultes al dentista general⁴. Pueden aplicarse las limitaciones, exclusiones y copagos estándar del plan.

¹ En Arizona, Maryland y Texas, si no seleccionas un dentista cuando te inscribes, elegiremos uno para ti.

² Si aún no has sido asignado a un dentista general de DeltaCare USA, consulta a cualquier dentista general de DeltaCare USA que acepte pacientes nuevos. Cuando el dentista seleccionado presente una reclamación que califique, se te agregará a la lista y se convertirá en tu dentista general asignado de DeltaCare USA. Una vez asignado, consulta a este dentista para futuras consultas y recibir beneficios. Los hijos dependientes menores de 14 años pueden recibir atención cubierta de un dentista pediátrico que es de la red sin la derivación de un dentista general.

³ Pueden aplicarse requisitos de distancia mínima específicos del estado.

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

¡Te lo ponemos fácil!



Recibe tu
documentación
de bienvenida



Consulta a tu
dentista de
DeltaCare USA



Recibe
cuidado dental



Paga solo
tu copago

No hay exclusiones para la mayoría de las enfermedades preexistentes, excepto los trabajos en curso⁵. El tratamiento en curso incluye servicios como preparaciones para coronas o conductos radiculares, o impresiones para dentaduras postizas. Si comenzaste el tratamiento antes de la fecha de entrada en vigencia de tu plan, tú y tu compañía de seguro dental anterior son responsables de cualquier costo. Es posible que algunos planes de DeltaCare USA cubran el tratamiento de ortodoncia en curso.

Glosario

Estos son algunos términos comunes que ayudarán a comprender tu plan:

Autorización: el proceso mediante el cual Delta Dental determina si un procedimiento o tratamiento es un beneficio derivable bajo tu plan. Tu dentista general asignado debe obtener una autorización previa de nuestra parte para derivarte a un especialista que no es de la red o a un ortodoncista que no es de la red. Los servicios proporcionados por un dentista, especialista u ortodoncista que no son de la red y que no estén autorizados por nosotros no estarán cubiertos.

Copago o cantidad de copago: la cantidad fija en dólares que un miembro debe pagar al recibir el tratamiento.

Dentista de DeltaCare USA: un dentista que es miembro de la red DeltaCare USA. Estos dentistas han contratado a Delta Dental y acordaron aceptar los cargos negociados para los

servicios prestados a los miembros de DeltaCare USA. Debes consultar a un dentista de DeltaCare USA para recibir beneficios del plan.

Derivación (dental): derivar a un paciente a un especialista dental por parte de un dentista general. Cuando necesites cuidado dental especializado, tu dentista general te derivará a un especialista de confianza de la red⁶.

Fecha de entrada en vigencia: la fecha en que tu plan dental se activa. Además, la fecha en que un miembro es elegible para recibir los beneficios.

Limitaciones y exclusiones: las limitaciones suelen estar relacionadas con un tiempo o una frecuencia específicos, por ejemplo, un plan puede cubrir solo dos limpiezas en un periodo de 12 meses o una limpieza cada seis meses. Las exclusiones son servicios no cubiertos por un plan.

Servicios de diagnóstico y prevención: una categoría de servicios dentales que incluye beneficios para evaluaciones orales, limpiezas de rutina, radiografías y tratamientos con flúor. Estos servicios tienen copagos bajos o inexistentes para promover la atención regular y prevenir la aparición de problemas.

Servicios especializados: servicios proporcionados por un especialista dental, como cirugía bucal, endodoncia, periodoncia u odontología pediátrica. Cuando necesites cuidado dental especializado, tu dentista general te derivará a un especialista de confianza de la red⁶.



Para obtener más ayuda con la comprensión de los términos dentales, visita es.deltadentalins.com/members/glossary.html.



⁵ En Texas, no hay excepciones para el trabajo en curso para los beneficios cubiertos de DeltaCare USA.

⁶ Los hijos dependientes cubiertos bajo un plan de DeltaCare USA tienen la opción de buscar cuidado dental de un dentista pediátrico hasta los 13 años, independientemente de que el niño tenga o no un dentista general asignado. No se requieren derivaciones para consultar a un especialista pediátrico. Si el dentista pediátrico determina que se necesita atención especializada adicional, puede derivar a los pacientes pediátricos directamente a otros especialistas, como un ortodoncista. A los 14 años, los hijos dependientes cubiertos deben recibir atención del dentista general de DeltaCare USA asignado.

ANEXO A

Descripción de Beneficios y Copagos

Los Beneficios que se muestran a continuación se realizan según lo considere apropiado el Dentista contratado que lo atiende, sujeto a las limitaciones y exclusiones del Plan. Consulte el *Anexo B* para obtener más aclaraciones sobre los Beneficios. **Debe 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-2025, 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.

CÓDIGO DESCRIPCIÓN

TU PAGAS

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 de (D0210 o D0330) cada 24 meses. Se permite un (1) D0210 o un (1) D0330.</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	Imagen radiográfica panorámica: <i>limitada a 1 de (D0210 o D0330) cada 24 meses. Se permite un (1) D0210 o un (1) D0330</i>	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>	\$5.00
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>	\$5.00
D1353	Reparación con sellador - por diente - <i>limitado a muelas permanentes hasta los 15 años</i>	\$5.00
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	\$10.00
D1516	Separador - fijo - bilateral, maxilar	\$10.00
D1517	Separador - fijo - bilateral, mandibular	\$10.00
D1520	Mantenedor de espacio - removible - unilateral - por cuadrante	\$10.00
D1526	Separador - extraíble - bilateral, maxilar	\$10.00
D1527	Separador - extraíble - bilateral, mandibular	\$10.00
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>	\$10.00

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	Sin Costo
D2150	Amalgama - 2 superficies, primaria o permanente	Sin Costo
D2160	Amalgama - 3 superficies, primaria o permanente	Sin Costo
D2161	Amalgama - 4 superficies, primaria o permanente	Sin Costo
D2330	Empaste a base de resina - 1 superficie, anterior	Sin Costo
D2331	Empaste a base de resina - 2 superficies, anterior	Sin Costo
D2332	Empaste a base de resina - 3 superficies, anterior	Sin Costo
D2335	Empaste compuesto de resina - cuatro o más superficies (dientes anteriores)	Sin Costo
D2390	Corona con a base de resina, anterior	Sin Costo
D2391	Empaste a base de resina - 1 superficie, posterior	\$45.00
D2392	Empaste a base de resina - 2 superficies, posteriores	\$55.00

D2393	Empaste a base de resina - 3 o más superficies, posteriores	\$65.00
D2394	Empaste a base de resina - 4 superficies o más, posteriores	\$75.00
D2510	Inlay - metálico - 1 superficie	Sin Costo
D2520	Inlay - metálico - 2 superficies	Sin Costo
D2530	Inlay - metálico - 3 superficies o más	Sin Costo
D2542	Onlay - metálico - 2 superficies	Sin Costo
D2543	Onlay - metálico - 3 superficies	Sin Costo
D2544	Onlay - metálico - 4 superficies o más	Sin Costo
D2610	Inlay - porcelana/cerámica - 1 superficie	\$135.00
D2620	Inlay - porcelana/cerámica - 2 superficies	\$150.00
D2630	Inlay - porcelana/cerámica - 3 superficies o más	\$160.00
D2642	Onlay - porcelana/cerámica - 2 superficies	\$150.00
D2643	Onlay - porcelana/cerámica - 3 superficies	\$165.00
D2644	Onlay - porcelana/cerámica - 4 superficies o más	\$175.00
D2650	Inlay - a base de resina - 1 superficie	\$85.00
D2651	Inlay - a base de resina - 2 superficies	\$95.00
D2652	Inlay - a base de resina - 3 superficies o más	\$115.00
D2662	Onlay - a base de resina - 2 superficies	\$110.00
D2663	Onlay - a base de resina - 3 superficies	\$120.00
D2664	Onlay - a base de resina - 4 superficies o más	\$145.00
D2710	Corona - a base de resina (indirecto)	\$35.00
D2712	Corona - 3/4 a base de resina (indirecto)	\$35.00
D2720	Corona - resina con metal muy noble	\$155.00
D2721	Corona - resina con metal basico predominantemente	\$55.00
D2722	Corona - resina con metal noble	\$95.00
D2740	Corona - porcelana/cerámica	\$195.00
D2750	Corona - porcelana fundido con metal muy noble	\$195.00
D2751	Corona - porcelana fundido con metal basico predominantemente	\$95.00
D2752	Corona - porcelana fundido con metal noble	\$135.00
D2753	Corona - porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio	\$195.00
D2780	Corona - 3/4 de recubrimiento con metal muy noble	\$170.00
D2781	Corona - 3/4 de recubrimiento con base principalmente de metal	\$70.00
D2782	Corona - 3/4 de recubrimiento con metal noble	\$110.00
D2783	Corona - 3/4 porcelana/cerámica	\$195.00
D2790	Corona - recubrimiento completo con metal muy noble	\$170.00
D2791	Corona - recubrimiento completo con metal basico predominantemente	\$70.00
D2792	Corona - recubrimiento completo con metal noble	\$110.00
D2794	Corona - titanio y aleaciones de titanio	\$195.00
D2910	Volver a cementar o pegar incrustación inlay, restauración onlay, recubrimiento o restauración de cobertura parcial	Sin Costo
D2915	Volver a cementar o pegar perno-muñón indirectamente fabricado o prefabricado	Sin Costo
D2920	Volver a cementar o pegar corona	Sin Costo
D2921	Reinserción de fragmento de diente, borde incisivo o cúspide (<i>anterior</i>)	Sin Costo
D2928	Corona prefabricada de porcelana/cerámica, diente permanente	Sin Costo
D2929	Corona prefabricada de porcelana/cerámica - diente primario - <i>anterior</i>	\$10.00
D2930	Corona preformada de acero inoxidable - diente primario	Sin Costo
D2931	Corona preformada de acero inoxidable - diente permanente	Sin Costo
D2932	Corona de resina prefabricada - <i>diente primario anterior</i>	\$15.00
D2933	Corona preformada de acero inoxidable con ventana de resina - <i>diente primario anterior</i>	\$10.00
D2940	Colocación de restauración directa provisional	Sin Costo
D2949	Fundación restauradora de una restauración indirecta	Sin Costo
D2950	Reconstrucción de muñón, incluyendo las clavijas necesarias	Sin Costo
D2951	Fijación de pines - por diente, además de restauración	Sin Costo
D2952	Perno y núcleo preformados además de la corona, fabricados indirectamente - <i>incluye preparación de conducto</i>	Sin Costo
D2953	Cada perno preformado adicional, fabricado indirectamente - mismo diente - <i>incluye preparación de conducto</i>	Sin Costo

D2954	Perno y núcleo preformados además de la corona - <i>perno con base de metal; incluye preparación del canal</i>	Sin Costo
D2956	Extracción de una restauración indirecta en un diente natural	No Cost
D2957	Cada perno preformado adicional - mismo diente <i>perno metálico; incluye preparación de conducto</i>	Sin Costo
D2971	Procedimientos adicionales para adaptar una corona y ajustarla a la estructura de una dentadura parcial existente	\$19.00
D2976	Estabilización con banda - por diente - <i>limitada a una vez en la vida por diente</i>	Sin Costo
D2980	arreglo de la corona por causa de falla del material restaurador	\$10.00
D2981	Arreglo de los inlays por causa de falla del material restaurador	\$10.00
D2982	Arreglo de los onlays por causa de falla del material restaurador	\$10.00
D2983	Arreglo del revestimiento necesario por falla del material restaurador	\$10.00
D2989	Excavation of a tooth resulting in the determination of non-restorability	Sin Costo
D2990	Infiltración de resina en lesiones incipientes de superficie lisa: <i>limitada a 1 cada 24 meses</i>	\$5.00

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	Sin Costo
D3221	Biopulpectomía total, dientes primarios y permanentes	\$5.00
D3222	Pulpotomía parcial para apexogenesis - diente permanente con desarrollo incompleto de la raíz ...	Sin Costo
D3230	Terapia pulpar (empaste reabsorbible) - diente primario, anterior (no incluye restauración final) ...	\$5.00
D3240	Terapia pulpar (empaste reabsorbible) - diente primario, posterior (no incluye restauración final) ..	\$5.00
D3310	<i>Endodoncia</i> tratamiento de canal radicular, dientes anteriores (sin restauración final)	\$45.00
D3320	<i>Endodoncia</i> , diente premolar (no incluye restauraciones finales)	\$90.00
D3330	<i>Endodoncia</i> , muela (no incluye restauraciones finales)	\$205.00
D3331	Tratamiento de obstrucción del conducto radicular; sin intervención quirúrgica	\$45.00
D3332	Terapia endodóntica incompleta; diente no operable ni reparable o fracturado	\$45.00
D3333	Restauración de perforaciones del piso de la cámara pulpar	\$45.00
D3346	Repetición de una terapia anterior del conducto radicular - anterior	\$60.00
D3347	Tratamiento posterior de conducto radicular previo - premolars	\$105.00
D3348	Repetición de una terapia anterior del conducto radicular - molar	\$220.00
D3351	Apexificación/recalcificación - visita inicial (cierre apical/reparación calcifical de perforaciones, reabsorción de raíz, etc.)	\$70.00
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.)	\$45.00
D3353	Apexificación/recalcificación - consulta final (incluye terapia completa del conducto radicular - cierre apical/reparación de perforaciones por calcificación, reabsorción radicular, etc.)	\$45.00
D3410	Apicectomía - anterior	Sin Costo
D3421	Apicectomía - premolar (primera raíz)	Sin Costo
D3425	Apicectomía - molar (primer tratamiento)	Sin Costo
D3426	Apicectomía (cada tratamiento adicional)	Sin Costo
D3430	Retratamiento de conducto - por raíz	Sin Costo
D3450	Amputación radicular - por raíz	Sin Costo
D3471	Reparación quirúrgica de resorción de raíz, anterior	Sin Costo
D3472	Reparación quirúrgica de resorción de raíz, premolar	Sin Costo
D3473	Reparación quirúrgica de resorción de raíz, molar	Sin Costo
D3501	Exposición quirúrgica de la superficie de la raíz sin apicectomía o reparación quirúrgica de resorción de raíz, anterior	Sin Costo
D3502	Exposición quirúrgica de la superficie de la raíz sin apicectomía o reparación quirúrgica de resorción de raíz, premolar	Sin Costo
D3503	Exposición quirúrgica de la superficie de la raíz sin apicectomía o reparación quirúrgica de resorción de raíz, molar	Sin Costo
D3920	Radectomía (con extracción de raíz), sin incluir el tratamiento del conducto radicular	Sin Costo
D3921	Decoronación o sumersión de un diente erupcionado	Sin Costo

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	\$80.00
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia - 1 a 3 dientes contiguos o espacios dentales vecinos por cuadrante	\$50.00
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	\$80.00
D4241	Procedimiento de colgajo gingival, con alisado radicular - 1 a 3 dientes contiguos o más o espacios dentales vecinos por cuadrante	\$50.00
D4245	Colgajo en posición apical	\$75.00
D4249	Alargamiento clínico de corona - tejido duro	\$75.00
D4260	Cirugía ósea (incluye elevación de un colgajo de grosor completo y cierre): cuatro o más espacios entre dientes consecutivos o delimitados por cuadrante	\$175.00
D4261	Cirugía ósea (incluye elevación de un colgajo de grosor completo y cierre): uno a tres espacios entre dientes consecutivos o delimitados por cuadrante	\$140.00
D4263	Injerto de reemplazo óseo - diente natural retenido - primer sitio en el cuadrante	\$195.00
D4264	Injerto de reemplazo óseo - diente natural retenido - cada sitio adicional en el cuadrante	\$60.00
D4270	Injerto tisular de pedículo blando	\$195.00
D4274	Procedimiento de cuña mesial/distal, diente único (cuando éste no se lleve a cabo junto con procedimientos quirúrgicos en la misma área anatómica)	\$45.00
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	\$195.00
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	\$195.00
D4341	Tartrectomía y alisado radicular - 4 dientes o más por cuadrante - <i>limitado a 4 cuadrantes durante un período de 12 meses consecutivos</i>	Sin Costo
D4342	Tartrectomía y alisado radicular - 1 a 3 dientes por cuadrante - <i>limitado a 4 cuadrantes durante un período de 12 meses consecutivos</i>	Sin Costo
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>	Sin Costo
D4910	Mantenimiento periodontal - <i>limitado a 1 tratamiento cada 6 meses</i>	Sin Costo
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 las dentaduras postizas parciales enumeradas, el copago incluye los ajustes posteriores al parto y el 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 los ajustes posteriores al parto y el 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	\$100.00
D5120	Dentadura completa - mandibular	\$100.00
D5130	Dentadura inmediata - maxilar	\$120.00
D5140	Dentadura inmediata - mandibular	\$120.00
D5211	Dentadura postiza parcial maxilar - base de resina (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes)	\$80.00
D5212	Dentadura postiza parcial mandibular - base de resina (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes)	\$80.00

Plan CA10A	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)	\$120.00
D5214	Dentadura mandibular parcial - esqueleto de metal preformado con bases de resina para piezas dentarias (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	\$120.00
D5221	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata - base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes, y dientes)	\$80.00
D5222	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata - base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes, y dientes)	\$80.00
D5223	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata - molde metálico con bases de resina para dentadura postiza (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	\$120.00
D5224	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata - molde metálico con bases de resina para dentadura postiza (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	\$120.00
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	\$170.00
D5226	Dentadura parcial mandibular, base flexible (incluidos materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	\$170.00
D5227	Dentadura parcial maxilar inmediata, base flexible (incluye ganchos, soportes y dientes)	\$80.00
D5228	Dentadura parcial mandibular inmediata, base flexible (incluye ganchos, soportes y dientes)	\$80.00
D5410	Ajuste de dentadura completa - maxilar	Sin Costo
D5411	Ajuste de dentadura completa - mandibular	Sin Costo
D5421	Ajuste de dentadura parcial - maxilar	Sin Costo
D5422	Ajuste de dentadura parcial - mandibular	Sin Costo
D5511	Arreglo de la base rota de una dentadura postiza completa, mandibular	\$15.00
D5512	Arreglo de la base rota de una dentadura postiza completa, maxilar	\$15.00
D5520	Reemplazo de dientes faltantes o rotos, dentadura postiza completa (por diente)	\$5.00
D5611	Arreglo de la base de resina de una dentadura postiza parcial, mandibular	\$15.00
D5612	Arreglo de la base de resina de una dentadura postiza parcial, maxilar	\$15.00
D5621	Arreglo del molde de yeso parcial, mandibular	\$15.00
D5622	Arreglo del molde de yeso parcial, maxilar	\$15.00
D5630	Arreglo o reemplazo de gancho fracturado - por diente	\$15.00
D5640	Reemplazo de dientes faltantes o rotos, dentadura postiza parcial (por diente)	\$5.00
D5650	Adición de un diente a una dentadura postiza parcial existente (por diente)	\$5.00
D5660	Colocación de retenedores a dentadura parcial existente - por diente	\$5.00
D5670	Reemplazo de dentadura completa y acrílico en esqueleto metálico (maxilar)	\$75.00
D5671	Reemplazo de dentadura completa y acrílico en esqueleto metálico preformado (mandibular)	\$75.00
D5710	Acondicionamiento de base de dentadura maxilar completa	\$35.00
D5711	Acondicionamiento de base de dentadura mandibular completa	\$35.00
D5720	Acondicionamiento de base de dentadura maxilar parcial	\$35.00
D5721	Acondicionamiento de base de dentadura mandibular parcial	\$35.00
D5725	Rebase de prótesis híbrida	\$35.00
D5730	Rebasado de dentadura maxilar completa (flancos)	Sin Costo
D5731	Rebasado de dentadura mandibular completa (flancos)	Sin Costo
D5740	Rebasado de dentadura maxilar parcial (flancos)	Sin Costo
D5741	Rebasado de dentadura mandibular parcial (flancos)	Sin Costo
D5750	Rebasado de dentadura maxilar completa (laboratorio)	\$35.00
D5751	Rebasado de dentadura mandibular completa (laboratorio)	\$35.00
D5760	Rebasado de dentadura maxilar parcial (laboratorio)	\$35.00
D5761	Rebasado de dentadura mandibular parcial (laboratorio)	\$35.00
D5765	Revestimiento blando para dentadura removible completa o parcial, indirecto	\$35.00
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>	\$45.00
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>	\$45.00
D5850	Acondicionamiento tisular, maxilar	Sin Costo
D5851	Acondicionamiento tisular, mandibular	Sin Costo

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	\$170.00
D6211	Puente - base preformada con metal basico predominantemente	\$70.00
D6212	Puente - metal preformado noble	\$110.00
D6240	Puente - porcelana fundido con metal muy noble	\$195.00
D6241	Puente - porcelana fundido con metal basico predominantemente	\$95.00
D6242	Puente - porcelana fundido con metal noble	\$135.00
D6243	Pónico - porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio	\$135.00
D6245	Puente - porcelana/cerámica	\$195.00
D6250	Puente - resina con metal muy noble	\$155.00
D6251	Puente - resina con con metal basico predominantemente	\$55.00
D6252	Puente - resina con metal noble	\$95.00
D6600	Incrustación inlay de retención - porcelana/cerámica, dos superficies	\$150.00
D6601	Incrustación inlay de retención - porcelana/cerámica, tres o más superficies	\$160.00
D6602	Incrustación inlay de retención - molde con alto contenido de metal noble, dos superficies	\$100.00
D6603	Incrustación inlay de retención - molde con alto contenido de metal noble, tres o más superficies .	\$100.00
D6604	Incrustación inlay de retención - molde de metal base principalmente, dos superficies	Sin Costo
D6605	Incrustación inlay de retención - molde de metal base principalmente, tres o más superficies	Sin Costo
D6606	Incrustación inlay de retención - molde de metal noble, dos superficies	\$40.00
D6607	Incrustación inlay de retención - molde de metal noble, tres o más superficies	\$40.00
D6608	Restauración onlay de retención - porcelana/cerámica, dos superficies	\$150.00
D6609	Restauración onlay de retención - porcelana/cerámica, tres o más superficies	\$165.00
D6610	Restauración onlay de retención - molde con alto contenido de metal noble, dos superficies	\$100.00
D6611	Restauración onlay de retención - molde con alto contenido de metal noble, tres o más superficies	\$100.00
D6612	Restauración onlay de retención - molde de metal base principalmente, dos superficies	Sin Costo
D6613	Restauración onlay de retención - molde de metal base principalmente, tres o más superficies	Sin Costo
D6614	Restauración onlay de retención - molde de metal noble, dos superficies	\$40.00
D6615	Restauración onlay de retención - molde de metal noble, tres o más superficies	\$40.00
D6720	Corona de retención - resina con alto contenido de metal noble	\$155.00
D6721	Corona de retención - resina con metal base principalmente	\$55.00
D6722	Corona de retención - resina con metal noble	\$95.00
D6740	Corona de retención - porcelana/cerámica	\$195.00
D6750	Corona de retención - porcelana fundida con alto contenido de metal noble	\$195.00
D6751	Corona de retención - porcelana fundida con metal base principalmente	\$95.00
D6752	Corona de retención - porcelana fundida con metal noble	\$135.00
D6753	Corona de retenedor - porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio	\$195.00
D6780	Corona de retención - 3/4 de molde con alto contenido de metal noble	\$170.00
D6781	Corona de retención - 3/4 de molde de metal base principalmente	\$70.00
D6782	Corona de retención - 3/4 de molde de metal noble	\$110.00
D6783	Corona de retención - 3/4 de porcelana/cerámica	\$195.00
D6784	Corona de retenedor - 3/4 titanio y aleaciones de titanio	\$170.00
D6790	Corona de retención - molde completo con alto contenido de metal noble	\$170.00
D6791	Corona de retención - molde completo de metal base principalmente	\$70.00
D6792	Corona de retención - molde completo de metal noble	\$110.00
D6930	Volver a cementar o pegar dentadura postiza parcial fija	Sin Costo
D6940	Placa de descanso	Sin Costo
D6980	arreglo de dentadura fija parcial por causa de falla del material restaurador	\$10.00

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	Sin Costo
D7140	Extracción de diente avulsionado o raíz expuesta (extracción por elevación y/o fórceps)	Sin Costo
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	\$15.00
D7220	Extracción de diente traumatizado - tejido blando	\$25.00
D7230	Extracción de diente traumatizado - parcialmente óseo	\$50.00
D7240	Extracción de diente traumatizado - totalmente óseo	\$70.00
D7241	Extracción de diente traumatizado - totalmente óseo con complicaciones quirúrgicas inusuales ...	\$90.00
D7250	Extracción de raíces dentarias residuales (procedimiento de corte)	Sin Costo
D7251	Coronectomía: extracción parcial intencional de dientes, solo dientes impactados	\$90.00
D7252	Extracción parcial para colocación inmediata de implante: <i>una vez de por vida</i>	\$15.00
D7270	Reimplantación de diente y/o estabilización de diente avulsionado o desplazado accidentalmente	\$50.00
D7280	Exposición de un diente no erupcionado	\$85.00
D7282	Movilización de diente avulsionado o en mala posición para permitir la erupción	\$85.00
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>	Sin Costo
D7286	Biopsia incisional de tejido bucal blando - <i>no incluye procedimientos en laboratorio de patología</i> .	Sin Costo
D7310	Alveoloplastia con extracciones - 4 o más dientes o espacios interdentes - por cuadrante	Sin Costo
D7311	Alveoloplastia con extracciones - 1 a 3 dientes o espacios interdentes, por cuadrante	Sin Costo
D7320	Alveoloplastia sin extracciones - 4 o más dientes o espacios interdentes - por cuadrante	Sin Costo
D7321	Alveoloplastia sin extracciones - 1 a 3 dientes o espacios interdentes, por cuadrante	Sin Costo
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)	Sin Costo
D7472	Eliminación de torus palatinus	Sin Costo
D7473	Eliminación de torus mandibularis	Sin Costo
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	\$50.00
D7971	Excisión de tejido gingival pericoronario	\$50.00

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 completa de imágenes radiográficas: *limitada a 1 de (D0210 o D0330) cada 24 meses. Se permite un (1) D0210 o un (1) D0330*

D0322 Tomografía computada

D0330 Imagen radiográfica panorámica: *limitada a 1 de (D0210 o D0330) cada 24 meses. Se permite un (1) D0210 o un (1) D0330*

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

D0470 Moldes dentales para diagnóstico

D0801 Exploración 3D de la superficie intrabucal, directa

D0802 Escaneo 3D de la superficie dental - indirecto

S-A-CA-STD-R24

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 completa de imágenes radiográficas: <i>limitada a 1 de (D0210 o D0330) cada 24 meses. Se permite un (1) D0210 o un (1) D0330</i>	
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
D8091	Tratamiento de ortodoncia completo con cirugía ortognática: <i>adultos, incluidos hijos adultos dependientes cubiertos</i>	\$2,190.00
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	\$5.00
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)	Sin Costo
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	\$20.00
D9450	Presentación del caso, posterior a la planificación detallada y extensa del tratamiento	Sin Costo
D9912	Evaluación del paciente antes de la visita	Sin Costo
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>	\$95.00
D9945	Protector oclusal - aparatos blandos, arco dentario completo - <i>limitado a 1 D9944, D9945 o D9946 en 3 años</i>	\$95.00
D9946	Protector oclusal - aparatos duros, arco dentario parcial - <i>limitado a 1 D9944, D9945 o D9946 en 3 años</i>	\$95.00
D9951	Ajuste oclusal, limitado	\$20.00
D9952	Ajuste oclusal, completo	\$40.00
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.

Los servicios de teleodontología proporcionados por un dentista que no sea su dentista contratado se consideran fuera de la red y pueden generarle un costo de bolsillo, a menos que otra ley requiera cobertura.

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 de frecuencia se detallan 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. La colocación de una restauración directa provisional está incluida en la tarifa de todos los procedimientos de endodoncia cubiertos (D3220-D3950) cuando la realiza el mismo dentista/consultorio dental en la misma fecha.
5. La tarifa por la eliminación de una restauración indirecta está incluida en la tarifa de cualquier procedimiento restaurativo posterior.
6. Los beneficios prestados por dentistas pediátricos se limitan exclusivamente a niños hasta la edad de 13 años copagos menos aplicables. Los problemas clínicos excepcionales, sin importar la edad, serán considerados individualmente.
7. 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.
8. El tratamiento de ortodoncia en curso está disponible para usted, si en el momento de su fecha de entrada en vigencia original, está en un tratamiento activo iniciado en su plan dental grupal anterior, siempre y cuando continúe siendo elegible para el plan DeltaCare USA. El tratamiento activo significa que ha comenzado el movimiento de los dientes. Usted es responsable 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.
9. El tratamiento de ortodoncia limitado (cualquier dentición) y el tratamiento de ortodoncia integral (cualquier dentición) son parte del tratamiento de ortodoncia integral con cirugía ortognática.
10. La disección de nervios está incluida en la tarifa por la extracción de un diente impactado, completamente óseo, con complicaciones quirúrgicas inusuales, como parte de ese procedimiento de extracción. De lo contrario, la disección de nervios no es un Beneficio.
11. Los servicios de teleodontología proporcionados por un dentista que no sea su dentista contratado se consideran fuera de la red y pueden generarle un costo de bolsillo, a menos que otra ley requiera cobertura.

12. La cobertura del tratamiento de ortodoncia se limita a los servicios de ortodoncia convencionales, que incluyen la terapia con alineadores transparentes (p. ej., InvisalignTM y Sure SmileTM). Consideramos los brackets linguales, los brackets transparentes (de composite o cerámicos) como servicios especializados. Cuando se proporcione un tratamiento con brackets linguales o brackets transparentes (compuestos o cerámicos), haremos una asignación para los servicios de ortodoncia convencionales. Usted es responsable de Su Copago por el tratamiento de ortodoncia convencional más los cargos adicionales relacionados con los servicios especializados (brackets linguales o brackets claros).
13. Limitaciones de rayos X:
- Cuando las frecuencias para las imágenes radiográficas integrales (D0210) y las imágenes radiográficas panorámicas (D0330) difieran, se aplicará la frecuencia menos restrictiva.
 - Las imágenes panorámicas no se consideran parte de una serie intraoral completa.
 - Las radiografías de ala de mordida de cualquier tipo están incluidas en la tarifa de una serie completa cuando se toman dentro de los 6 meses posteriores a las imágenes completas.
 - Las radiografías de ala de mordida se limitan a dos imágenes para menores de 10 años.
 - Los procedimientos de captura de imágenes no son servicios facturables por separado..

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 aledañas. o
 - * Sea consistente con las normas dentales generalmente aceptadas.
3. Servicios únicamente con fines estéticos, a excepción del procedimiento D9975 (blanqueamiento externo de aplicación domiciliaria, por arcada).
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 ortodoncia iniciado antes de que usted sea elegible para el Plan DeltaCare USA. Los ejemplos incluyen: dientes preparados para coronas, endodoncias en curso, dentaduras postizas completas o parciales para las cuales se ha tomado una impresión y ortodoncia, a menos que esté calificado para el tratamiento de ortodoncia 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. Tratamiento o aparatos proporcionados por un dentista contratado cuya práctica se especializa en servicios de prostodoncia.
18. El tratamiento de ortodoncia debe ser proporcionado por un Dentista con la licencia correspondiente.
19. Servicios o suministros para la apnea del sueño.
20. La administración de neuromoduladores no es un Beneficio del plan.
21. La administración de rellenos dérmicos no es un beneficio del plan.

Más consejos útiles para usar tu plan

Busca un dentista de la red cerca de ti.

Utiliza nuestra práctica herramienta

Buscar un dentista y selecciona **DeltaCare USA** como tu red.

- Encuentra un dentista cerca de tu hogar u oficina.
- Limita tu búsqueda por ubicación, especialidad, idiomas hablados y más.

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

- Revisa los beneficios de tu plan.
- Accede a tu tarjeta de identificación si lo deseas. (No necesitas una tarjeta de identificación para recibir servicios).
- Selecciona o cambia tu dentista en cualquier momento.

Disfruta de los beneficios de la cobertura de Delta Dental.

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

También puedes acceder a herramientas y consejos de salud bucal en es.deltadentalins.com/wellness.

Contáctanos

¿Necesitas ayuda? Contáctanos y te ayudaremos.

En línea: visita es.deltadentalins.com/contact.

Escribe a:

Delta Dental Insurance Company
1130 Sanctuary Parkway
Alpharetta, Georgia 30009

Línea gratuita: 800-422-4234

Los agentes de servicio al cliente están disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 9 p. m., hora del este. O usa 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

El plan DeltaCare USA está respaldado en estos estados por las siguientes entidades - Alabama - Alpha Dental of Alabama, Inc.; Arizona - Alpha Dental of Arizona, Inc.; California - Delta Dental of California; 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, Wyoming - Dentegra Insurance Company; Alaska, Connecticut, District of Columbia, Delaware, Florida, Georgia, Kansas, Louisiana, Mississippi, Montana, Tennessee, West Virginia - Delta Dental Insurance Company; Hawaii, Idaho, Illinois, Indiana, Kentucky, Maryland, Missouri, New Jersey, Ohio, Texas - Alpha Dental Programs, Inc.; Nevada - Alpha Dental of Nevada, Inc.; Utah - Alpha Dental of Utah, Inc.; New Mexico - Alpha Dental of New Mexico, Inc.; New York - Delta Dental of New York, Inc.; Pennsylvania - 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: Este es solo un breve resumen de tu plan.

Este folleto no pretende reemplazar tu folleto del plan requerido legalmente. Debes consultar el Contrato de Servicios Dentales Grupales para determinar los términos y las condiciones exactos de tu cobertura. Consulta la sección "Descripción de beneficios y copagos" y la sección "Limitaciones y exclusiones de los beneficios" de este folleto para ver una lista completa de los procedimientos cubiertos, los copagos, las limitaciones y exclusiones del plan. También puedes consultar tu Evidencia o Certificado de Cobertura, los cuales se te enviarán en el momento de tu inscripción. Si deseas revisar una Evidencia o Certificado de Cobertura antes de la inscripción, llama al servicio al cliente al **800-422-4234** para solicitar una copia.