DeltaCare® USA – proporcionado por Delta Dental of California

Hacemos **lo necesario y más.**

Encuentre a un dentista de DeltaCare USA

Elija de entre los muchos dentistas generales contratados de DeltaCare USA, que se encuentran convenientemente ubicados. Para encontrar el listado actual de dentistas de DeltaCare USA:

Visite nuestro sitio web y localice la sección titulada "Encuentre un dentista". Haga clic en "Directorio por Internet de proveedores" y seleccione DeltaCare USA como la red de su plan.

O

Llame al Departamento de Servicio al Cliente para encontrar un dentista de DeltaCare USA.

Bienvenidos a DeltaCare USA - calidad, comodidad y costos predecibles

DeltaCare USA (administrado por Delta Dental of California) les brinda a usted y a su familia beneficios odontológicos de calidad a un costo razonable. El programa DeltaCare USA está diseñado para fomentar que usted y su familia asistan al dentista regularmente a fin de conservar su salud dental.

Cuando se inscribe en nuestro programa, usted eligirá un odontólogo de cabecera, quien se ocupará de brindarle las prestaciones correspondientes. La red DeltaCare USA está conformada por centros privados de atención dental que han sido sometidos a rigurosos controles de calidad.

Inscríbase en DeltaCare USA y disfrutará de estas ventajas:

Calidad

- Amplios beneficios para usted y su familia
- Sin restricciones respecto a cuadros odontológicos preexistentes, excepto aquéllos que se encuentren bajo tratamiento en curso
- Una amplia y estable red de odontólogos para que usted pueda establecer una relación a largo plazo con su dentista

Conveniencia

- Sin necesidad de llenar formularios de reclamación
- Acceso fácil a atención especializada
- Amplio horario de atención al cliente sin cargo, de 5 a.m. a 6 p.m., hora del Pacifico

Costos Predecibles

- Sin deducibles
- Los montos que usted debe abonar están claramente definidos
- Cobertura de emergencias odontológicas fuera de su área de atención hasta $100 por emergencia
- Sin monto máximo anual o vitalicio

DELTA DENTAL®

Administrado por Delta Dental Insurance Company

¿Qué debo hacer si tengo consultas sobre mi programa DeltaCare USA?

Elegibilidad de los miembros y su familia

Si usted cumple con los requisitos de elegibilidad para la cobertura dental de su grupo, podrá adherirse al programa DeltaCare USA. También podrá asociar a las personas elegibles que estén a su cargo. Para mayor información, comuníquese con su administrador de beneficios.

Asóciese fácilmente

Simplemente debe completar el proceso de adhesión al programa, según las instrucciones de su administrador de beneficios. Recuerde indicar el dentista (de acuerdo con la lista de establecimientos odontológicos de contrato) seleccionado para usted y cada una de las personas a su cargo. Especifique el nombre de su grupo.

Cómo funciona su programa DeltaCare USA

Usted selecciona un dentista de cabecera que se ocupará de atender sus necesidades odontológicas. Si usted necesita recibir tratamiento por parte de un especialista, su odontólogo de cabecera se ocupará de la remisión correspondiente.

Una vez que se haya adherido al plan, recibirá el paquete informativo para miembros de Delta Dental, que incluye una tarjeta de identificación y una Evidencia de Cobertura que describe los beneficios de su plan odontológico de manera exhaustiva. Este paquete también contiene el nombre, el domicilio y el número telefónico de su odontólogo de cabecera. Usted solamente deberá unicarse telefónicamente con el establecimiento odontológico que le corresponda para solicitar una cita.

Bajo el programa DeltaCare USA, muchas prestaciones cuentan con cobertura gratuita, mientras que otras están sujetas a copagos (monto que usted abona a su odontólogo de cabecera) en concepto de ciertos beneficios. Véase la "Descripción de Beneficios y Copagos" para obtener un listado completo de las prestaciones disponibles.

Observaciones: Los servicios dentales prestados por profesionales distintos a su odontólogo de contrato seleccionado, o que no están cubiertos dentro de las prestaciones de emergencia que se indican más abajo deben ser previamente autorizados por Delta Dental a fin de incluirse en su programa DeltaCare USA.

Prestaciones en caso de emergencia

Dentro del programa DeltaCare USA, usted y las personas elegibles a su cargo cuentan con cobertura para recibir atención odontológica en caso de emergencia por parte de profesionales fuera de la red. Su plan le cubre hasta un valor de $100 por miembro asociado en concepto de gastos odontológicos de emergencia recibidos fuera de la red.

Mi dentista pertenece a la red Delta Dental pero no está dentro de la lista de odontólogos de DeltaCare USA. ¿Puedo recibir atención de ese dentista de todos modos?

Usted debe ser atendido por el odontólogo de contrato de DeltaCare USA que hubiera seleccionado. Recuerde que los profesionales de Delta Dental no necesariamente son odontólogos pertenecientes a la red DeltaCare USA. Con más de 3,800 odontólogos de clínica general y especializada, la red DeltaCare USA es una de las más grandes de California.

¿Los miembros de mi familia deben ser atendidos por el mismo odontólogo de cabecera de DeltaCare USA?

Usted y las personas a su cargo pueden recibir atención por parte de un mismo profesional o, si lo prefieren, pueden seleccionar hasta un total de tres establecimientos odontológicos diferentes dentro de la red para todo el grupo familiar.

¿Puedo cambiar de odontólogo de cabecera?

Usted puede solicitar que lo atienda un dentista contratado distinto notificándonos previamente por teléfono o por escrito, o bien a través de nuestro sitio web (deltadentalins.com). Si se comunica con nosotros antes del día 21 del mes, el cambio será efectivo a partir del primer día del mes entrante.

¿Puedo obtener un blanqueamiento dental a través de mi programa DeltaCare USA?

Su programa incluye tratamientos de blanqueamiento externo. Véase la sección referida a "Descripción de Beneficios y Copagos" y discuta las distintas opciones con su odontólogo.

Aspectos de su Programa DeltaCare USA

¿Mi programa DeltaCare USA cubre materiales dentales y coronas?

Las piezas dentarias de porcelana o de otros materiales que reproduzcan el color de los dientes están incluidos en el programa. El valor de copago le indica cuál es el costo que usted deberá abonar de su bolsillo.

¿Con cuánta anticipación debo solicitar una cita con un odontólogo de DeltaCare USA?

El plazo razonable para realizar una consulta general no urgente varía entre 2 y 4 semanas. Si usted necesita confirmar la cita en una fecha y hora determinadas, es probable que deba esperar más tiempo. La mayoría de los odontólogos de DeltaCare USA atienden en consultorios privados; por lo tanto, ofrecen mayor disponibilidad horaria.

¿Mis cuadros odontológicos preexistentes y tratamientos en curso están cubiertos?

Los tratamientos de cuadros preexistentes como dientes extraídos están cubiertos por su programa DeltaCare USA. Sin embargo, el programa no cubre ningún tratamiento odontológico iniciado antes de su adhesión al plan DeltaCare (es decir, tratamientos en curso tales como preparación de coronas, conductos radiculares e impresión de dentaduras). Los miembros nuevos de DeltaCare USA podrán recibir cobertura para tratamientos de ortodoncia ya iniciados. Véase la sección referida a Limitaciones y Exclusiones de Cobertura.

¿Cómo promueve el cuidado preventivo el programa DeltaCare USA?

Su programa DeltaCare USA está diseñado para que usted realice visitas periódicas a su dentista sin abonar ningún copago (honorarios pagados a los odontólogos de cabecera) para la mayoría de las prestaciones con fines de diagnóstico y prevención. Véase la "Descripción de Beneficios y Copagos."

¿Mi programa DeltaCare USA cubre los servicios de especialistas?

Su odontólogo de cabecera se ocupará de coordinar cualquier tratamiento especial de cirugía oral, endodoncia, periodoncia u odontología pediátrica que usted pueda necesitar con un especialista de contrato autorizado. Si no hubiera un profesional especializado de contrato dentro de su área de cobertura, usted será remitido a un especialista fuera de la red sin costo adicional alguno, excepto el copago correspondiente. Si usted o un miembro de su familia fuera remitido a la clínica de una facultad de odontología para recibir servicios especializados, es posible que dichas prestaciones estén a cargo de un dentista, un estudiante de odontología, un médico clínico o un instructor dental.

¿Qué debo hacer si tengo consultas sobre mi programa DeltaCare USA?

Comuníquese con el Centro de Atención al Cliente de Delta Dental al 800-422-4234. Nuestros representantes multilingües responderán a sus inquietudes de lunes a viernes de 5:00 a.m. a 6:00 p.m., hora del Pacífico. Nuestros representantes de Atención al Cliente cuentan con experiencia previa en centros odontológicos y pueden responder cualquier consulta sobre prestaciones, así como autorizar su traslado a otro establecimiento o asistirlo en caso de emergencia.

Nuestros representantes de Atención al Cliente cuentan con experiencia previa en centros odontológicos y pueden responder cualquier consulta sobre prestaciones, así como autorizar su traslado a otro establecimiento o asistirlo en caso de emergencia.

ANEXO A

Descripción de Beneficios y Copagos

Las prestaciones que se describen a continuación se otorgan según las recomendaciones del dentista de cabecera. Dichos beneficios están sujetos a las limitaciones y exclusiones del programa. Sírvase remitirse al *Anexo B* para obtener mayor información sobre estos beneficios. **Los miembros asociados deberán discutir todas las opciones de tratamiento con su dentista de cabecera antes de recibir las prestaciones correspondientes.**

El texto en itálica que aparece más abajo tiene como objetivo aclarar los detalles de la prestación de servicios dentro del programa DeltaCare USA, y no deberá interpretarse como códigos de procedimiento del Nomenclador Dental Actual (CDT por sus siglas en inglés) de 2011, como descriptores ni como nomenclatura de ningún tipo, los cuales se encuentran protegidos por los derechos de propiedad intelectual de la Asociación Dental Americana. Es posible que ésta modifique los códigos del CDT o las definiciones periódicamente. Las versiones actualizadas de dichos códigos, descriptores y nomenclatura pueden utilizarse para describir los procedimientos que se llevan a cabo de acuerdo con la legislación federal.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	AFILIADO PAGA
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	Examen oral detallado - problema específico, por informe	Sin Costo
D0170	Reevaluación - limitado, problema específico (paciente regular; no es consulta postoperatoria)	Sin Costo
D0180	Examen periodontal completo - paciente nuevo o regular	Sin Costo
D0210	Radiografías *intraorales* - serie completa (incluye rayos x de mordida) - *limitado a 1 serie cada 24 meses*	Sin Costo
D0220	Intraoral - primera placa periapical	Sin Costo
D0230	Intraoral - cada placa periapical adicional	Sin Costo
D0240	Intraoral - placa oclusal	Sin Costo
D0250	Extraoral - primera placa	Sin Costo
D0260	Extraoral - cada placa adicional	Sin Costo
D0270	Radiografía *con rayos x de mordida* - placa simple	Sin Costo
D0272	Radiografías *con rayos x de mordida* - 2 placas	Sin Costo
D0273	Radiografías *con rayos x de mordida* - 3 placas	Sin Costo
D0274	Radiografías *con rayos x de mordida* - 4 placas - *limitado a una serie cada 6 meses*	Sin Costo
D0277	Rayos x de mordida verticales - 7 a 8 placas	Sin Costo
D0330	Radiografía panorámica	Sin Costo
D0415	Toma de muestra de microorganismos para cultivo y prueba de sensibilidad	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
D0999	Procedimiento de diagnóstico no especificado, por informe - *incluye visita al consultorio, por consulta (además de otros servicios)*	Sin Costo
D1000-D1999	**II. PREVENCIÓN**	
D1110	Limpieza *profiláctica* - adultos - *1 cada 6 meses*	Sin Costo
D1110	*Limpieza profiláctica adicional - adultos (dentro de un período de 6 meses)*	$45.00
D1120	Limpieza *profiláctica* - niños - *1 cada 6 meses*	Sin Costo
D1120	*Limpieza profiláctica adicional - niños (dentro de un período de 6 meses)*	$35.00
D1203	Topicación con flúor (no incluye profilaxis - niños - *hasta 19 años; 3 por año*	Sin Costo
D1206	Topicación con flúor; aplicación terapéutica para pacientes con riesgo alto a moderado de caries - *niños hasta los 19 años; 1 cada 6 meses*	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 - *limitado a molares permanentes hasta 15 años*	$5.00

D1352	Restauración preventiva de una resina en un paciente con riesgo de caries medio a elevado - diente permanente - *limitado a molares permanentes hasta 15 años*	$5.00
D1510	Mantenedor de espacio - fijo - unilateral	$10.00
D1515	Mantenedor de espacio - fijo - bilateral	$10.00
D1520	Mantenedor de espacio - removible - unilateral	$10.00
D1525	Mantenedor de espacio - removible - bilateral	$10.00
D1550	Recementado de mantenedores de espacio	Sin Costo
D1555	Extracción de espaciador fijo	Sin Costo

D2000-D2999 III. RESTAURACIÓN

- Incluye pulido, adhesivos y demás agentes de enlace, pulpotomía indirecta, bases, recubrimientos y procedimientos de grabado ácido.
- Cuando el tratamiento incluya más de 6 coronas, es posible que el miembro deba abonar un monto adicional de $100.00 por cada pieza adicional a partir 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 a base de resina - 4 superficies o más, puede incluir ángulo incisal (anterior)	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 - ¾ 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 - sustrato de 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
D2780	Corona - ¾ de recubrimiento con metal muy noble	$170.00
D2781	Corona - ¾ de recubrimiento con base principalmente de metal	$70.00
D2782	Corona - ¾ de recubrimiento con metal noble	$110.00

D2783	Corona - ¾ 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	$195.00
D2910	Recementado de inlay, onlay o reparación parcial de la funda	Sin Costo
D2915	Recementado de pernos y coronas provisorios	Sin Costo
D2920	Recementado de corona	Sin Costo
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 - *diente primario anterior*	$15.00
D2933	Corona preformada de acero inoxidable con ventana de resina - *diente primario anterior*	$10.00
D2940	Restauración protectora	Sin Costo
D2950	Restauración con refuerzo de corona, incluyendo pines	Sin Costo
D2951	Fijación de pines - por diente, además de restauración	Sin Costo
D2952	Perno y núcleo preformados además de la corona, fabricados indirectamente - *incluye preparación de conducto*	Sin Costo
D2953	Cada perno preformado adicional, fabricado indirectamente - mismo diente - *incluye preparación de conducto*	Sin Costo
D2954	Perno y núcleo preformados además de la corona	Sin Costo
D2957	Cada perno preformado adicional - mismo diente *perno metálico; incluye preparación de conducto*	Sin Costo
D2970	Corona temporal (diente fracturado) - *tratamiento paliativo únicamente*	$5.00
D2971	Procedimientos adicionales para colocar una corona nueva debajo de una dentadura parcial existente	$19.00
D2980	Reparación de la corona, por informe	$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	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	*Endodoncia* tratamiento de canal radicular, dientes anteriores (sin restauración final)	$45.00
D3320	*Endodoncia* tratamiento de canal radicular, dientes bicúspides (sin restauración final)	$90.00
D3330	*Endodoncia* tratamiento de canal radicular, muelas (sin restauración final)	$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	Repetición de una terapia anterior del conducto radicular - bicúspide	$105.00
D3348	Repetición de una terapia anterior del conducto radicular - molar	$220.00
D3351	Apexificación/recalcificación/regeneración de pulpa - visita inicial (cierre apical/reparación de perforaciones con calcio, reabsorción de la raíz, desinfección del espacio de la pulpa, etc.)	$70.00
D3352	Apexificación/recalcificación/regeneración de pulpa - 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/cirugía perirradicular - anterior	Sin Costo
D3421	Apicectomía/cirugía perirradicular - bicúspide (primer tratamiento)	Sin Costo
D3425	Apicectomía/cirugía perirradicular - molar (primer tratamiento)	Sin Costo
D3426	Apicectomía/cirugía perirradicular (cada tratamiento adicional)	Sin Costo
D3430	Retratamiento de conducto - por raíz	Sin Costo
D3450	Amputación radicular, por raíz	Sin Costo
D3920	Radectomía (con extracción de raíz), sin incluir el tratamiento del conducto radicular	Sin Costo

D4000-D4999 V. PERIODONCIA

- Incluye exámenes prequirúrgicos y posquirúrgicos y tratamiento con anestesia local.

D4210	Gingivectomía o gingivoplastía - 4 o más dientes contiguos o espacios dentales vecinos por cuadrante	$80.00
D4211	Gingivectomía o gingivoplastía - 1 a 3 dientes contiguos o espacios dentales vecinos por cuadrante	$50.00
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 inserción y cierre de colgajo) - 4 dientes contiguos o más o espacios dentales vecinos por cuadrante	$175.00
D4261	Cirugía ósea (incluye inserción y cierre de colgajo) - 4 dientes contiguos o más o espacios dentales vecinos por cuadrante	$140.00
D4263	Injerto de reemplazo óseo - primero en cuadrante	$195.00
D4264	Injerto de reemplazo óseo - cada adicional en cuadrante	$60.00
D4270	Injerto tisular de pedículo blando	$195.00
D4271	Injerto libre de tejido blando (incluye cirugía de sitio donante)	$195.00
D4274	Procedimiento de acuñamiento distal o proximal (cuando no se realiza junto con intervenciones quirúrgicas en una misma zona anatómica)	$45.00
D4341	Tartrectomía y alisado radicular - 4 dientes o más por cuadrante - *limitado a 4 cuadrantes durante un período de 12 meses consecutivos*	Sin Costo
D4342	Tartrectomía y alisado radicular - 1 a 3 dientes por cuadrante - *limitado a 4 cuadrantes durante un período de 12 meses consecutivos*	Sin Costo
D4355	Desbridamiento bucal completo para un examen y diagnóstico detallados - *limitado a un tratamiento en un período de 12 meses consecutivos*	Sin Costo
D4910	Mantenimiento periodontal - *limitado a 1 tratamiento cada 6 meses*	Sin Costo
D4910	*Mantenimiento periodontal adicional (dentro de un período de 6 meses)*	$55.00

D5000-D5899 VI. PROSTODONCIA (removible)

Para todas las dentaduras parciales y aquéllas incluidas en la lista, el plan de copagos incluye tareas de ajuste y acondicionamiento tisular durante los 6 primeros meses posteriores a su colocación, si así fuera necesario. El miembro debe continuar siendo elegible y el servicio se deberá prestar en la clínica dental bajo contrato donde se le colocó la dentadura originalmente

- 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	*Copago adicional para dientes y retenedors excedentes de 2, por unidad*	$80.00
D5212	Dentadura mandibular parcial - base de resina (incluye retenedores, apoyos y dientes convencionales)	$80.00
D5213	Dentadura maxilar parcial - esqueleto de metal preformado con bases de resina para piezas dentarias (incluye retenedores, apoyos y dientes convencionales)	$120.00
D5214	Dentadura mandibular parcial - esqueleto de metal preformado con bases de resina para piezas dentarias (incluye retenedores, apoyos y dientes convencionales)	$120.00
D5225	Dentadura maxilar parcial - base flexible (incluye retenedores, apoyos y dientes)	$170.00
D5226	Dentadura mandibular parcial - base flexible (incluye retenedores, apoyos y dientes)	$170.00
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
D5510	Reparación de fractura de base de dentadura completa	$15.00
D5520	Reemplazo de dientes fracturados o faltantes - dentadura completa (cada pieza dentaria)	$5.00
D5610	Reparación de base de dentadura de resina	$15.00
D5620	Reparación de esqueletos metálicos	$15.00
D5630	Reparación o reemplazo de retenedores fracturados	$15.00
D5640	Reemplazo de dientes fracturados - por diente	$5.00
D5650	Agregado de piezas dentarias a dentadura parcial existente	$5.00

D5660	Colocación de retenedores a dentadura parcial existente	$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
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
D5820	Dentadura parcial temporal (maxilar) - *limitado a 1 mes dentro de un período de 12 meses consecutivos*	$45.00
D5821	Dentadura parcial temporal (mandibular) - *limitado a 1 mes dentro de un período de 12 meses consecutivos*	$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 póntico constituyen una unidad en una dentadura parcial fija [puente])

- Cuando un tratamiento coronal o póntico incluya más de 6 unidades, es posible que el miembro deba abonar un cargo adicional de $100.00 por cada pieza adicional a partir 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
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	Inlay - porcelana/cerámica , 2 superficies	$150.00
D6601	Inlay - porcelana/cerámica, 3 o más superficies	$160.00
D6602	Inlay - metal preformado muy noble, 2 superficies	$100.00
D6603	Inlay - metal preformado muy noble, 3 o más superficies	$100.00
D6604	Inlay - principalmente de metal basico preformado, 2 superficies	Sin Costo
D6605	Inlay - base con predominio de metal basico preformado, 3 o más superficies	Sin Costo
D6606	Inlay - metal preformado noble, 2 superficies	$40.00
D6607	Inlay - metal preformado noble, 3 o más superficies	$40.00
D6608	Onlay - porcelana/cerámica, 2 superficies	$150.00
D6609	Onlay - porcelana/cerámica, 3 o más superficies	$165.00
D6610	Onlay - metal preformado muy noble, 2 superficies	$100.00
D6611	Onlay - metal preformado muy noble, 3 o más superficies	$100.00
D6612	Onlay - metal preformado principalmente de metal, 2 superficies	Sin Costo
D6613	Onlay - metal preformado principalmente de metal, 3 o más superficies	Sin Costo
D6614	Onlay - metal preformado noble, 2 superficies	$40.00
D6615	Onlay - metal preformado noble, 3 o más superficies	$40.00
D6720	Corona - resina con metal muy noble	$155.00
D6721	Corona - resina con metal basico predominantemente	$55.00
D6722	Corona - resina con metal noble	$95.00

D6740	Corona - porcelana/cerámica	$195.00
D6750	Corona - porcelana fundido con metal muy noble	$195.00
D6751	Corona - porcelana fundido con metal basico predominantemente	$95.00
D6752	Corona - porcelana fundido con metal noble	$135.00
D6780	Corona - ¾ de recubrimiento con metal muy noble	$170.00
D6781	Corona - ¾ de recubrimiento con metal basico predominantemente	$70.00
D6782	Corona - ¾ de recubrimiento con metal noble	$110.00
D6783	Corona - ¾ porcelana/cerámica	$195.00
D6790	Corona - recubrimiento total con metal muy noble	$170.00
D6791	Corona - recubrimiento total con metal basico predominantemente	$70.00
D6792	Corona - recubrimiento total con metal noble	$110.00
D6930	Recementado de dentadura parcial fija	Sin Costo
D6940	Placa de descanso	Sin Costo
D6970	Perno y núcleo preformados además de pilar de dentadura parcial fija, fabricado indirectamente - *incluye preparación de conducto*	Sin Costo
D6972	Perno y núcleo preformados además de retenedores de dentadura parcial fija - *perno metálico; incluye preparación de conducto*	Sin Costo
D6973	Refuerzo de corona, incluyendo pines	Sin Costo
D6976	Cada perno preformado adicional - mismo diente - *incluye preparación de conducto*	Sin Costo
D6977	Cada perno prefabricado adicional - mismo diente	Sin Costo
D6980	Reparación de dentadura parcial fija, por informe	$10.00

D7000-D7999 X. CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

- Incluye exámenes prequirúrgicos y posquirúrgicos y tratamiento con anestesia local.

D7111	Extracción de remanentes coronales y dientes de leche	Sin Costo
D7140	Extracción de diente avulsionado o raíz expuesta (extracción por elevación y/o fórceps)	Sin Costo
D7210	Remoción quirúrgica de un diente brotado que requiere remoción de hueso y/o seccionamiento de un diente, incluyendo elevación de colgajo mucoperiósteo si 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 quirúrgica de restos radiculares (con incisión)	Sin Costo
D7251	Coronectomía - remoción parcial intencional de un diente	$90.00
D7270	Reimplantación de diente y/o estabilización de diente avulsionado o desplazado accidentalmente	$50.00
D7280	Acceso quirúrgico de diente retenido	$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
D7286	Biopsia de tejido oral - blando - *no incluye ensayos patológicos de laboratorio*	Sin Costo
D7310	Alveoloplastía con extracciones - 4 o más dientes o espacios interdentales - por cuadrante	Sin Costo
D7311	Alveoloplastia con extracciones - 1 a 3 dientes o espacios interdentales, por cuadrante	Sin Costo
D7320	Alveoloplastía sin extracciones - 4 o más dientes o espacios interdentales - por cuadrante	Sin Costo
D7321	Alveoloplastia sin extracciones - 1 a 3 dientes o espacios interdentales, 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
D7510	Incisión y drenaje de abscesos - tejido intraoral blando	Sin Costo
D7960	Frenulectomía - también conocido como frenectomía o frenotomía - procedimiento separado no incidental a otro procedimiento	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 descriptas 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 (incluye rayos x de mordida)	
D0322	Tomografía computada	
D0330	Radiografía panorámica	
D0340	Placa cefalométrica	
D0350	Imágenes fotográficas orales/faciales	
D0470	Moldes dentales para diagnóstico	
	El beneficio para informes después del tratamiento incluye:	$70.00
D0210	Intraoral - serie completa (incluye rayos x de mordida)	
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 *niños o adolescentes hasta 19 años*	$950.00
D8030	Tratamiento ortodóncico limitado en dentadura de adolescentes - *adolescentes hasta 19 años*	$950.00
D8040	Tratamiento ortodóncico limitado - *adultos, incluye niños a cargo de adultos con cobertura*	$1,150.00
D8050	Tratamiento ortodóncico interceptivo del grupo de dientes primarios	$950.00
D8060	Tratamiento ortodóncico interceptivo del grupo de dientes de leche	$950.00
D8070	Tratamiento ortodóncico completo de dientes de leche *niños o adolescentes hasta 23 años*	$1,700.00
D8080	Tratamiento ortodóncico completo en dentadura de adolescentes *adolescentes hasta 19 años*	$1,700.00
D8090	Tratamiento ortodóncico completo - *adultos, incluye niños a cargo de adultos con cobertura*	$1,900.00
D8660	Consulta para tratamiento pre-ortodóncico	$25.00
D8680	Retención ortodóntica (extracción de aparatos, armado y colocación de *retenedores* removibles)	$275.00
D8999	Procedimiemto ortodóncico no especificado, por informe - *incluye consulta para la planificación del tratamiento*	$100.00

D9000-D9999 XII. SERVICIOS GENERALES COMPLEMENTARIOS

D9110	Tratamiento paliativo (emergencia) del dolor dental - procedimiento menor	$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
D9220	Sedación profunda/anestesia general - primeros 30 minutos	$165.00
D9221	Sedación profunda/anestesia general - por cada segmento adicional de 15 minutos	$80.00
D9241	Sedación/analgesia consciente intravenosa - primeros 30 minutos	$165.00
D9242	Sedación/analgesia consciente intravenosa - por cada segmento adicional de 15 minutos	$80.00
D9310	Consulta - (diagnóstico por parte de un odontólogo o médico distinto al profesional a cargo del tratamiento)	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 de casos, planificación detallada y exhaustiva del tratamiento	Sin Costo
D9940	Protección oclusal, por informe - *limitado a 1 en 3 años*	$95.00
D9951	Ajuste oclusal, limitado	$20.00
D9952	Ajuste oclusal, completo	$40.00
D9972	Blanqueamiento externo - por arco - *limitado a una cubeta de blanqueamiento y gel para 2 semanas de tratamiento personal*	$125.00
D9999	Procedimiento adicional no especificado, por informe *incluye cancelación de consulta sin previo aviso con 24 horas de anticipación - por cada 15 minutos de tiempo de consulta - hasta un valor máximo de $40.00*	$10.00

Si alguno de los procedimientos indicados en esta lista es realizado por el dentista de cabecera designado, el miembro asociado abonará el valor de copago especificado. Los procedimientos indicados que requieren de los servicios de un dentista especializado al cual el paciente fuera remitido por su dentista de cabecera deberá estar autorizado por Delta Dental. El miembro asociado abona el copago especificado para tales prestaciones.

Los procedimientos que no aparecen detallados en la lista anterior no tienen cobertura. No obstante, podrán ser solicitados al dentista de cabecera conforme a los honorarios preestablecidos. Los honorarios preestablecidos son aquéllos que cobra el dentista de cabecera bajo contrato y que Delta Dental tiene en sus registros Si usted tiene alguna consulta respecto a dichos honorarios, sírvase comunicarse con el Centro de Atención al Cliente de 800-422-4234.

ANEXO B

Limitaciones de los beneficios

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 el miembro asociado acepta un plan de tratamiento de un dentista clínico que implique la colocación de más de 6 coronas, pónticos y/o pilares, aquél deberá pagar un cargo adicional de $100.00 por encima del monto indicado en el nomenclador de copagos en concepto de cada una de dichas prestaciones a partir de la sexta unidad.

3. La anestesia general y/o la sedación/analgesia intravenosa se limitan a tratamientos realizados por cirujanos dentales de la red en casos de remisiones aprobadas para una o más extracciones totales o parciales (Procedimientos D7230, D7240 y D7241).

4. Los beneficios prestados por dentistas pediátricos se limitan exclusivamente a niños hasta la edad de 7 años, una vez consultado el dentista de cabecera asignado y tras la previa autorización correspondiente de Delta Dental, menos los copagos correspondientes. Los problemas clínicos excepcionales, sin importar la edad, serán considerados individualmente.

5. El costo de un miembro bajo un tratamiento de ortodoncia cuya cobertura hubiera sido cancelada por cualquier motivo tendrá como referencia los honorarios habituales del dentista de cabecera en virtud del plan de tratamiento correspondiente. El ortodoncista de cabecera efectuará un prorrateo de la cantidad de meses remanentes para culminar el tratamiento. El miembro pagará directamente al ortodoncista de cabecera según lo convenido.

6. Todo tratamiento de ortodoncia en curso estará limitado a los miembros nuevos de DeltaCare USA que, al momento de entrada en vigencia de su plan, se encuentren en pleno tratamiento bajo un plan de cobertura odontológica de un empleador anterior, siempre y cuando continúen siendo elegibles para el programa de DeltaCare USA. Se considerarán en pleno tratamiento aquellos miembros que ya hubieran sido sometidos a algún procedimiento de movimiento dental. Los miembros serán responsables por todos los copagos y honorarios sujetos a las disposiciones de su plan odontológico anterior. La responsabilidad financiera de Delta Dental se limita únicamente a aquellos montos no cubiertos por el plan odontológico anterior, en los casos de ortodoncia que cumplan con los requisitos correspondientes.

Beneficios Excluidos

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:

   a. 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**

   b. Sea consistente con las normas dentales generalmente aceptadas.

3. Prestaciones sólo con fines estéticos, con excepción del procedimiento D9972, 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 mandíbulas 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. Piezas extraviadas o robadas que incluyen, pero sin carácter limitativo, dentaduras totales o parciales, mantenedores de espacio, coronas y dentaduras 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. 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.

8. Materiales y uniones de implantes, colocación de implantes, mantenimiento, extracción y demás servicios asociados con implantes dentales.

9. Consultas de prestaciones no cubiertas.

10. Los servicios dentales recibidos en cualquier consultorio distinto a aquél del dentista de cabecera, de un especialista previamente autorizado o de un ortodoncista de la red, salvo en el caso de los *Servicios de Emergencia* descritos en los Contratos y/o 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 recetados.

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. Piezas y/o tratamientos miofuncionales o parafuncionales.

17. Aparatos (brackets) de composite o cerámica, adaptación lingual de aparatos ortodóncicos y otras opciones cosméticas o especiales para los aparatos de ortodoncia fijos y removibles.

18. Tratamiento o aparatos provistos por un dentista especializado en prostodoncia.

SmileWay℠ Programa de bienestar

Encuentre todos nuestros recursos de salud, incluyendo cuestionarios sobre su salud oral, artículos informativos, videos y un boletín gratuito visitando **mysmileway.com**.

¡Conéctese a nosotros!

facebook.com/deltadentalins

twitter.com/tusaluddental

Servicio al Cliente DeltaCare USA

800-422-4234

NOTA: ESTE DOCUMENTO SÓLO CONTIENE UN BREVE RESUMEN DEL PLAN.

Usted deberá consultar el Contrato de Servicios Odontológicos de Grupo para mayor información sobre los términos y condiciones exactos que rigen su cobertura. Inmediatamente después de su afiliación, usted recibirá una Evidencia de Cobertura. **Si desea examinar un modelo de Evidencia de Cobertura antes de afiliarse, puede solicitar una copia llamando a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al 800-422-4234.**

En California, DeltaCare USA es asegurado por Delta Dental of California y administrado por Delta Dental Insurance Company. Estas compañías son financieramente responsables de sus propios productos.

Servicio al Cliente
800-422-4234
Lunes a Viernes
5 a.m. a 6 p.m., hora del Pacifico

Proporcionado por:
Delta Dental of California
17871 Park Plaza Drive, Suite 200
Cerritos, CA 90703

Administrado por:
Delta Dental Insurance Company
P.O. Box 1803
Alpharetta, GA 30023

DELTA DENTAL®

z©©deltadentalins.com