DELTA DENTAL®

# Siga sonriendo

## DeltaCare® USA

## Proporcionado por
## Delta Dental Insurance Company

### ¡Obtener beneficios dentales es más fácil!

Cuando se inscriba en un plan de DeltaCare USA[1], elegirá un dentista de atención primaria de nuestra red de dentistas de práctica privada cuidadosamente seleccionados. Debe consultar a su dentista de atención primaria para recibir los beneficios.[2]

- Sin restricciones por enfermedades preexistentes (excepto para trabajos en curso)
- Acceso a atención especializada y a atención de emergencia fuera del área

### Un aliado para la salud bucal

Su plan de DeltaCare USA promueve el cuidado dental regular con una extensa lista de servicios cubiertos para ayudarle a mantenerse saludable.

- Copagos bajos o ningún copago por servicios como limpiezas y exámenes

### Costos económicos

Con su plan de DeltaCare USA, no hay sorpresas. Usted sabrá sus copagos, y los gastos de bolsillo se definen claramente antes de comenzar el tratamiento.

- No hay deducibles ni límites máximos[3] para los servicios cubiertos
- Sólo pague su copago (si lo hay) cuando reciba el tratamiento

### Servicios prácticos

Hacemos que sea sencillo para usted: no tiene que llenar formularios de reclamación y no se requiere tarjeta de identificación del plan para recibir tratamiento.

- Acceda a la información del plan en línea
- Cambie de dentista de atención primaria por teléfono o en línea

**Delta Dental Insurance Company brinda beneficios en calidad de organización de servicios de salud prepagados de responsabilidad limitada, según lo estipulado en el Capítulo 636 de los Estatutos de la Florida.**

AVISOS LEGALES: Puede acceder a los avisos federales y estatales relacionados con su plan en: es.deltadentalins.com/about/legal/index-enrollee.html

[1] El plan de DeltaCare USA está respaldado en estos estados por las siguientes entidades: en Alabama por Alpha Dental of Alabama, Inc.; en Arizona por Alpha Dental of Arizona, Inc.; en California por Delta Dental of California; en Arkansas, Colorado, Iowa, Massachusetts, Michigan, Nebraska, Oregón, Rhode Island, Carolina del Sur, Washington y Wisconsin por Dentegra Insurance Company; en el Distrito de Columbia, Delaware, Florida, Georgia, Kansas, Tennessee y Virginia Occidental por Delta Dental Insurance Company; en Hawái, Idaho, Illinois, Indiana, Kentucky, Maryland, Misuri, Nueva Jersey, Ohio y Texas por Alpha Dental Programs, Inc.; en Nevada por Alpha Dental of Nevada, Inc.; en Utah por Alpha Dental of Utah, Inc.; en Nuevo México por Alpha Dental of New Mexico, Inc.; en Nueva York por Delta Dental of New York, Inc.; en Pensilvania por Delta Dental of Pennsylvania; en Virginia por Delta Dental of Virginia. Delta Dental Insurance Company opera como administradora en todos estos estados. Estas compañías tienen la responsabilidad financiera de sus propios productos.

[2] Antes de cada cita, verifique que el dentista sea su dentista seleccionado de atención primaria de DeltaCare USA.

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

Asegure su sonrisa®
es.deltadentalins.com/enrollees

# P&R

# Respuestas a las preguntas frecuentes sobre su plan de DeltaCare USA

## CÓMO COMENZAR

### 1. ¿Cómo me inscribo en un plan de DeltaCare USA?

Simplemente complete la inscripción según las indicaciones de su administrador de beneficios. Asegúrese de elegir un dentista de atención primaria de la red para usted o para sus dependientes, e indique el nombre del dentista y el de su grupo cuando se inscriba.

### 2. ¿Cómo empiezo a usar mi plan de DeltaCare USA?

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

- **El nombre, la dirección y el número telefónico del dentista de atención primaria seleccionado:** Simplemente llame al centro dental y haga una cita. Nota importante: Para recibir los beneficios de acuerdo con su plan, debe consultar con su dentista de atención primaria de la red para recibir todos los servicios. Si necesita recibir tratamiento por parte de un especialista, su dentista de atención primaria coordinará la referencia para usted. Puede cambiar de dentista de atención primaria si se pone en contacto con nosotros.
- **Su Evidencia o Certificado de Cobertura (folleto del plan):** Este útil documento incluye una descripción minuciosa sobre cómo usar sus beneficios, incluidos los servicios cubiertos, los copagos y cualquier limitación y exclusión de su plan.
- **Una tarjeta de identificación:** Esta tarjeta es solamente para sus registros, no necesita mostrarla para recibir tratamiento.

### 3. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una cita con mi dentista de atención primaria?

De dos a cuatro semanas[1], que es un periodo razonable para esperar una cita de rutina que no sea urgente. Si solicita un horario específico, es posible que tenga que esperar más tiempo. La mayoría de los dentistas de DeltaCare USA forman parte de prácticas privadas colectivas, que por lo general ofrecen mayor disponibilidad de citas y horarios de atención más amplios.

### 4. ¿Cuánto costará mi tratamiento dental? ¿Cómo pago?

Su plan de DeltaCare USA cubre algunos servicios sin costo, mientras que otros tienen un copago (monto que usted debe pagar) por determinados servicios. Para saber cuánto costará un tratamiento, consulte la sección "Descripción de beneficios y copagos" de este folleto para ver una lista de los servicios cubiertos y copagos. Le sugerimos llevar su Evidencia o Certificado de Cobertura a la cita en caso de que necesite hablar sobre el copago de un servicio con el dentista. Si tiene alguna pregunta sobre los cargos de un servicio, póngase en contacto con nuestro Departamento de Servicio al Cliente. Si recibe algún tratamiento que requiera un copago, simplemente pague al centro dental en el momento en que reciba el servicio.

## CÓMO ELEGIR UN DENTISTA

### 5. ¿Cómo elijo mi dentista de atención primaria?

Al momento de inscribirse, debe seleccionar un dentista de atención primaria de la red de DeltaCare USA. Para buscar un dentista, use la herramienta "Busque un dentista" de es.deltadentalins.com y elija DeltaCare USA como su red. Si no elige un dentista al inscribirse, nosotros elegiremos uno por usted.

### 6. ¿Todos mis familiares deben escoger el mismo dentista de atención primaria?

Sus familiares pueden ir a consulta con el mismo dentista de atención primaria de la red, pero no es obligatorio. En conjunto, pueden seleccionar un máximo de tres diferentes dentistas de atención primaria de la red.[2]

### 7. ¿Puedo cambiar de dentista de atención primaria?

Sí. Puede solicitar el cambio de dentista de atención primaria en cualquier momento. Simplemente vaya a nuestro sitio web e inicie sesión en su cuenta de Servicios en línea o llame o escriba al Departamento de Servicio al Cliente. Las solicitudes de cambio que se reciban antes del día 21 del mes entrarán en vigencia el primer día del mes siguiente.

### 8. Mi dentista dice que pertenece a Delta Dental, pero no aparece en el directorio de DeltaCare USA. ¿Puedo seguir recibiendo servicios de él?

No. Debe ir con su dentista seleccionado de atención primaria de la red para recibir los beneficios de acuerdo con este plan. Delta Dental tiene muchas redes, y la participación puede variar: no todos los dentistas de Delta Dental pertenecen a DeltaCare USA.

[1] En Texas, tres semanas es un periodo razonable para esperar una cita de rutina que no sea urgente.

[2] En Texas, no hay límite. Cada familiar elegible puede seleccionar su propio dentista de atención primaria de la red.

### 9. ¿Qué debo hacer si necesito ver a un especialista?

Si necesita atención dental especializada, como cirugía bucal, endodoncia, periodoncia u odontología pediátrica, póngase en contacto con su dentista de atención primaria para solicitar una referencia. Debemos autorizar los servicios dentales especializados que no proporcione su dentista seleccionado de atención primaria. Usted es responsable de cualquier copago que se aplique.

## INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL PLAN

### 10. Si estoy de viaje, ¿el plan cubre tratamiento de emergencia?

Usted y sus dependientes elegibles tienen cobertura fuera del área para emergencias dentales si están a más de 35 millas[3] de su dentista de atención primaria. Su beneficio de emergencias fuera del área (normalmente limitado a $100 por afiliado[3]) es para servicios que alivien el dolor hasta que pueda regresar con su dentista de atención primaria de la red. Es posible que se apliquen las limitaciones, las exclusiones y los copagos estándar del plan.

### 11. ¿Puedo tener acceso a mi plan en línea?

Sí. Visite es.deltadentalins.com/enrollees para crear una cuenta gratuita y segura de Servicios en línea. En nuestro sitio web puede tener acceso a sus beneficios del plan y a su tarjeta de identificación, elegir (o cambiar) su dentista de atención primaria y más.

### 12. ¿Mi plan cubre problemas preexistentes? ¿Y qué hay de los tratamientos que están en curso?

Su plan cubre el tratamiento para problemas preexistentes (excepto trabajos en curso[4]), incluidos los dientes faltantes o extraídos. El tratamiento en curso incluye servicios como preparaciones para coronas o conductos radiculares, o impresiones para dentaduras postizas. Si comenzó el tratamiento antes de la fecha de entrada en vigencia de su plan, usted y su compañía de seguro dental anterior son responsables de cualquier costo. Es posible que algunos planes de DeltaCare USA cubran el tratamiento de ortodoncia en curso.

### 13. ¿Mi plan cubre el blanqueamiento dental?

Sí. El blanqueamiento externo es un beneficio cubierto por su plan de DeltaCare USA. Revise el folleto de su plan para obtener más información, y hable con su dentista para conocer cuáles son sus opciones.

### 14. ¿Mi plan cubre los empastes y las coronas del color de los dientes?

Sí. Este plan incluye la porcelana y otros materiales del color de los dientes.

### 15. ¿Qué hago si tengo preguntas adicionales acerca de mi plan?

Póngase en contacto con nosotros para brindarle apoyo adicional. Nuestros representantes de Servicio al Cliente pueden responder preguntas sobre los beneficios y ayudarle a cambiar de dentista de atención primaria o coordinar referencias de atención de urgencia. Nuestra información de contacto se encuentra en la página de atrás de este folleto.

[3] En Texas, no hay límite para el número de millas o para el monto en dólares por emergencia.

[4] En Texas, no hay excepción para el trabajo en curso para los beneficios cubiertos de DeltaCare USA.

# ¡Lo hacemos sencillo para usted!

Copyright © 2016 Delta Dental. All rights reserved.

## 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 2017, 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 |
| D0171 | Revaluación - 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 radiografías - *limitado a 1 serie cada 24 meses* | 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 - *limitado a 1 serie cada 6 meses* | Sin Costo |
| D0277 | rayos-X de mordida verticales - de 7 a 8 radiografías | 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 |
| D0601 | Evaluación y documentación de riesgo de caries con resultados de bajo riesgo - *1 cada 3 años* | Sin Costo |
| D0602 | Evaluación y documentación de riesgo de caries con resultados de riesgo moderado - *1 cada 3 años* | Sin Costo |
| D0603 | Evaluación y documentación de riesgo de caries con resultados de alto riesgo - *1 cada 3 años* | Sin Costo |
| D0999 | Procedimiento de diagnóstico no especificado, por informe - *incluye visita al consultorio, por consulta (además de otros servicios)* | $5.00 |

**D1000-D1999 II. PREVENCIÓN**

| | | |
|---|---|---|
| D1110 | Limpieza *profiláctica* - adultos - *1 D1110, D1120 o D4346 cada 6 meses* | Sin Costo |
| D1110 | *Limpieza profiláctica adicional - adultos (dentro de un período de 6 meses)* | $45.00 |
| D1120 | Limpieza *profiláctica* - niños - *1 D1110, D1120 o D4346 cada 6 meses* | Sin Costo |
| D1120 | *Limpieza profiláctica adicional - niños (dentro de un período de 6 meses)* | $35.00 |
| D1206 | Aplicación tópica de fluoruro o barniz - *niños hasta los 19 años; 1 D1206 o D1208 cada 6 meses* | Sin Costo |
| D1208 | Aplicación tópica de fluoruro - excluyendo el barniz - *niños hasta los 19 años; 1 D1206 o D1208 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* | $10.00 |
| 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* | $10.00 |
| D1353 | Reparación con sellador - por diente - *limitado a muelas permanentes hasta los 15 años* | $10.00 |
| D1354 | Aplicación de medicamento para detener caries provisional - *niños hasta los 19 años; 1 cada 6 meses* | Sin Costo |
| D1510 | Mantenedor de espacio - fijo - unilateral | $60.00 |
| D1515 | Mantenedor de espacio - fijo - bilateral | $60.00 |
| D1520 | Mantenedor de espacio - removible - unilateral | $70.00 |
| D1525 | Mantenedor de espacio - removible - bilateral | $70.00 |
| D1550 | Volver a cementar o pegar separador | $12.00 |
| D1555 | Extracción de espaciador fijo | $12.00 |
| D1575 | Separador de calzado distal - fijo - unilateral | $60.00 |

**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 | $5.00 |
| D2331 | Empaste a base de resina - 2 superficies, anterior | $10.00 |
| D2332 | Empaste a base de resina - 3 superficies, anterior | $15.00 |
| D2335 | Empaste a base de resina - 4 superficies o más, puede incluir ángulo incisal (anterior) | $50.00 |
| D2390 | Corona con a base de resina, anterior | $60.00 |
| D2391 | Empaste a base de resina - 1 superficie, posterior | $55.00 |
| D2392 | Empaste a base de resina - 2 superficies, posteriores | $65.00 |
| D2393 | Empaste a base de resina - 3 o más superficies, posteriores | $75.00 |
| D2394 | Empaste a base de resina - 4 superficies o más, posteriores | $85.00 |
| D2510 | Inlay - metálico - 1 superficie | $170.00 |
| D2520 | Inlay - metálico - 2 superficies | $180.00 |
| D2530 | Inlay - metálico - 3 superficies o más | $190.00 |
| D2542 | Onlay - metálico - 2 superficies | $185.00 |
| D2543 | Onlay - metálico - 3 superficies | $195.00 |
| D2544 | Onlay - metálico - 4 superficies o más | $215.00 |
| D2610 | Inlay - porcelana/cerámica - 1 superficie | $295.00 |
| D2620 | Inlay - porcelana/cerámica - 2 superficies | $330.00 |
| D2630 | Inlay - porcelana/cerámica - 3 superficies o más | $350.00 |
| D2642 | Onlay - porcelana/cerámica - 2 superficies | $325.00 |
| D2643 | Onlay - porcelana/cerámica - 3 superficies | $360.00 |
| D2644 | Onlay - porcelana/cerámica - 4 superficies o más | $380.00 |
| D2650 | Inlay - a base de resina - 1 superficie | $195.00 |

| | | |
|---|---|---|
| D2651 | Inlay - a base de resina - 2 superficies | $220.00 |
| D2652 | Inlay - a base de resina - 3 superficies o más | $255.00 |
| D2662 | Onlay - a base de resina - 2 superficies | $250.00 |
| D2663 | Onlay - a base de resina - 3 superficies | $275.00 |
| D2664 | Onlay - a base de resina - 4 superficies o más | $320.00 |
| D2710 | Corona - a base de resina (indirecto) | $160.00 |
| D2712 | Corona - 3/4 a base de resina (indirecto) | $160.00 |
| D2720 | Corona - resina con metal muy noble | $320.00 |
| D2721 | Corona - resina con metal basico predominantemente | $220.00 |
| D2722 | Corona - resina con metal noble | $260.00 |
| D2740 | Corona - sustrato de porcelana/cerámica | $380.00 |
| D2750 | Corona - porcelana fundido con metal muy noble | $380.00 |
| D2751 | Corona - porcelana fundido con metal basico predominantemente | $280.00 |
| D2752 | Corona - porcelana fundido con metal noble | $320.00 |
| D2780 | Corona - 3/4 de recubrimiento con metal muy noble | $380.00 |
| D2781 | Corona - 3/4 de recubrimiento con base principalmente de metal | $280.00 |
| D2782 | Corona - 3/4 de recubrimiento con metal noble | $320.00 |
| D2783 | Corona - 3/4 porcelana/cerámica | $380.00 |
| D2790 | Corona - recubrimiento completo con metal muy noble | $380.00 |
| D2791 | Corona - recubrimiento completo con metal basico predominantemente | $280.00 |
| D2792 | Corona - recubrimiento completo con metal noble | $320.00 |
| D2794 | Corona - titanio | $380.00 |
| D2910 | Volver a cementar o pegar incrustación inlay, restauración onlay, recubrimiento o restauración de cobertura parcial | $15.00 |
| D2915 | Volver a cementar o pegar perno-muñón indirectamente fabricado o prefabricado | $15.00 |
| D2920 | Volver a cementar o pegar corona | $15.00 |
| D2921 | Reinserción de fragmento de diente, borde incisivo o cúspide *(anterior)* | $50.00 |
| D2929 | Corona prefabricada de porcelana/cerámica - diente primario - *anterior* | $75.00 |
| D2930 | Corona preformada de acero inoxidable - diente primario | $65.00 |
| D2931 | Corona preformada de acero inoxidable - diente permanente | $65.00 |
| D2932 | Corona de resina prefabricada - *diente primario anterior* | $85.00 |
| D2933 | Corona preformada de acero inoxidable con ventana de resina - *diente primario anterior* | $75.00 |
| D2940 | Restauración protectora | $15.00 |
| D2941 | Restauración terapéutica temporal - dentición primaria | $15.00 |
| D2949 | Fundación restauradora de una restauración indirecta | $65.00 |
| D2950 | Reconstrucción de muñón, incluyendo las clavijas necesarias | $65.00 |
| D2951 | Fijación de pines - por diente, además de restauración | $10.00 |
| D2952 | Perno y núcleo preformados además de la corona, fabricados indirectamente - *incluye preparación de conducto* | $95.00 |
| D2953 | Cada perno preformado adicional, fabricado indirectamente - mismo diente - *incluye preparación de conducto* | $70.00 |
| D2954 | Perno y núcleo preformados además de la corona - *perno con base de metal; incluye preparación del canal* | $80.00 |
| D2957 | Cada perno preformado adicional - mismo diente *perno metálico; incluye preparación de conducto* | $60.00 |
| D2971 | Procedimientos adicionales para colocar una corona nueva debajo de una dentadura parcial existente | $55.00 |
| D2980 | arreglo de la corona por causa de falla del material restaurador | $25.00 |
| D2981 | Arreglo de los inlays por causa de falla del material restaurador | $25.00 |
| D2982 | Arreglo de los onlays por causa de falla del material restaurador | $25.00 |
| D2983 | Arreglo del revestimiento necesario por falla del material restaurador | $25.00 |
| D2990 | Infiltración de resina de lesiones incipientes en la superficie lisa - *limitado a molares permanentes hasta 15 años* | $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 | $35.00 |
| D3221 | Biopulpectomía total, dientes primarios y permanentes | $40.00 |
| D3222 | Pulpotomía parcial para apexogenesis - diente permanente con desarrollo incompleto de la raíz | $35.00 |
| D3230 | Terapia pulpar (empaste reabsorbible) - diente primario, anterior (no incluye restauración final) | $50.00 |
| D3240 | Terapia pulpar (empaste reabsorbible) - diente primario, posterior (no incluye restauración final) | $50.00 |
| D3310 | *Endodoncia* tratamiento de canal radicular, dientes anteriores (sin restauración final) | $110.00 |
| D3320 | *Endodoncia* tratamiento de canal radicular, dientes bicúspides (sin restauración final) | $200.00 |
| D3330 | *Endodoncia* tratamiento de canal radicular, muelas (sin restauración final) | $350.00 |
| D3331 | Tratamiento de obstrucción del conducto radicular; sin intervención quirúrgica | $75.00 |
| D3332 | Terapia endodóntica incompleta; diente no operable ni reparable o fracturado | $75.00 |
| D3333 | Restauración de perforaciones del piso de la cámara pulpar | $75.00 |
| D3346 | Repetición de una terapia anterior del conducto radicular - anterior | $140.00 |
| D3347 | Repetición de una terapia anterior del conducto radicular - bicúspide | $230.00 |
| D3348 | Repetición de una terapia anterior del conducto radicular - molar | $380.00 |
| D3351 | Apexificación/recalcificación - visita inicial (cierre apical/reparación calcifical de perforaciones, reabsorción de raíz, etc.) | $75.00 |
| 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.) | $50.00 |
| D3353 | Apexificación/recalcificación - consulta final (incluye terapia completa del conducto radicular - cierre apical/reparación de perforaciones por calcificación, reabsorción radicular, etc.) | $50.00 |
| D3410 | Apicectomía - anterior | $130.00 |
| D3421 | Apicectomía - bicúspide (primer tratamiento) | $140.00 |
| D3425 | Apicectomía - molar (primer tratamiento) | $150.00 |
| D3426 | Apicectomía (cada tratamiento adicional) | $90.00 |
| D3427 | Cirugía perirradicular sin apicoectomía | $130.00 |
| D3430 | Retratamiento de conducto - por raíz | $70.00 |
| D3450 | Amputación radicular - por raíz | $80.00 |
| D3920 | Radectomía (con extracción de raíz), sin incluir el tratamiento del conducto radicular | $70.00 |

**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 | $145.00 |
| D4211 | Gingivectomía o gingivoplastía - 1 a 3 dientes contiguos o espacios dentales vecinos por cuadrante | $85.00 |
| D4212 | Gingivectomía o gingivoplastia para hacer espacio para el procedimiento de restauración, por diente | $85.00 |
| D4240 | Procedimiento de colgajo gingival, con alisado radicular - 4 o más dientes contiguos o espacios dentales vecinos por cuadrante | $150.00 |
| D4241 | Procedimiento de colgajo gingival, con alisado radicular - 1 a 3 dientes contiguos o más o espacios dentales vecinos por cuadrante | $90.00 |
| D4245 | Colgajo en posición apical | $175.00 |
| D4249 | Alargamiento clínico de corona - tejido duro | $140.00 |
| D4260 | Cirugía ósea (incluye elevación de un colgajo de grosor completo y cierre): cuatro o más espacios entre dientes consecutivos o delimitados por cuadrante | $345.00 |
| D4261 | Cirugía ósea (incluye elevación de un colgajo de grosor completo y cierre): uno a tres espacios entre dientes consecutivos o delimitados por cuadrante | $275.00 |
| D4263 | Injerto de reemplazo óseo - diente natural retenido - primer sitio en el cuadrante | $225.00 |
| D4264 | Injerto de reemplazo óseo - diente natural retenido - cada sitio adicional en el cuadrante | $75.00 |
| D4270 | Injerto tisular de pedículo blando | $225.00 |
| D4274 | Procedimiento de cuña mesial/distal, diente único (cuando éste no se lleve a cabo junto con procedimientos quirúrgicos en la misma área anatómica) | $80.00 |
| 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 | $225.00 |
| 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 | $225.00 |

| | | |
|---|---|---|
| D4341 | Tartrectomía y alisado radicular - 4 dientes o más por cuadrante - *limitado a 4 cuadrantes durante un período de 12 meses consecutivos* | $55.00 |
| D4342 | Tartrectomía y alisado radicular - 1 a 3 dientes por cuadrante - *limitado a 4 cuadrantes durante un período de 12 meses consecutivos* | $45.00 |
| D4346 | Limpieza de sarro en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave (de toda la boca, después de la evaluación de la boca) - *1 D1110, D1120 o D4346 cada 6 meses* | Sin Costo |
| D4355 | Desbridamiento bucal completo para un examen y diagnóstico detallados - *limitado a un tratamiento en un período de 12 meses consecutivos* | $55.00 |
| D4910 | Mantenimiento periodontal - *limitado a 1 tratamiento cada 6 meses* | $40.00 |
| D4910 | *Mantenimiento periodontal adicional (dentro de un período de 6 meses)* | $55.00 |
| D4921 | Irrigación gingival - por cuadrante | Sin Costo |

**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 | $335.00 |
| D5120 | Dentadura completa - mandibular | $335.00 |
| D5130 | Dentadura inmediata - maxilar | $355.00 |
| D5140 | Dentadura inmediata - mandibular | $355.00 |
| D5211 | *Copago adicional para dientes y retenedors excedentes de 2, por unidad* | $295.00 |
| D5212 | Dentadura mandibular parcial - base de resina (incluye retenedores, apoyos y dientes convencionales) | $295.00 |
| D5213 | Dentadura maxilar parcial - esqueleto de metal preformado con bases de resina para piezas dentarias (incluye retenedores, apoyos y dientes convencionales) | $365.00 |
| D5214 | Dentadura mandibular parcial - esqueleto de metal preformado con bases de resina para piezas dentarias (incluye retenedores, apoyos y dientes convencionales) | $365.00 |
| D5221 | Dentadura postiza parcial maxilar inmediata - base de resina (incluidos dientes, apoyos y ganchos convencionales) | $295.00 |
| D5222 | Dentadura postiza parcial mandibular inmediata - base de resina (incluidos dientes, apoyos y ganchos convencionales) | $295.00 |
| D5223 | Dentadura postiza parcial maxilar inmediata - molde metálico con bases de resina para dentadura postiza (incluidos dientes, apoyos y ganchos convencionales) | $365.00 |
| D5224 | Dentadura postiza parcial mandibular inmediata - molde metálico con bases de resina para dentadura postiza (incluidos dientes, apoyos y ganchos convencionales) | $365.00 |
| D5225 | Dentadura maxilar parcial - base flexible (incluye retenedores, apoyos y dientes) | $415.00 |
| D5226 | Dentadura mandibular parcial - base flexible (incluye retenedores, apoyos y dientes) | $415.00 |
| D5410 | Ajuste de dentadura completa - maxilar | $12.00 |
| D5411 | Ajuste de dentadura completa - mandibular | $12.00 |
| D5421 | Ajuste de dentadura parcial - maxilar | $12.00 |
| D5422 | Ajuste de dentadura parcial - mandibular | $12.00 |
| D5510 | Reparación de fractura de base de dentadura completa | $45.00 |
| D5520 | Reemplazo de dientes fracturados o faltantes - dentadura completa (cada pieza dentaria) | $25.00 |
| D5610 | Reparación de base de dentadura de resina | $50.00 |
| D5620 | Reparación de esqueletos metálicos | $50.00 |
| D5630 | Arreglo o reemplazo de gancho fracturado - por diente | $50.00 |
| D5640 | Reemplazo de dientes fracturados - por diente | $40.00 |
| D5650 | Agregado de piezas dentarias a dentadura parcial existente | $40.00 |
| D5660 | Colocación de retenedores a dentadura parcial existente - por diente | $50.00 |
| D5670 | Reemplazo de dentadura completa y acrílico en esqueleto metálico (maxilar) | $180.00 |
| D5671 | Reemplazo de dentadura completa y acrílico en esqueleto metálico preformado (mandibular) | $180.00 |
| D5710 | Acondicionamiento de base de dentadura maxilar completa | $100.00 |
| D5711 | Acondicionamiento de base de dentadura mandibular completa | $100.00 |
| D5720 | Acondicionamiento de base de dentadura maxilar parcial | $100.00 |

| | | |
|---|---|---|
| D5721 | Acondicionamiento de base de dentadura mandibular parcial | $100.00 |
| D5730 | Rebasado de dentadura maxilar completa (flancos) | $55.00 |
| D5731 | Rebasado de dentadura mandibular completa (flancos) | $55.00 |
| D5740 | Rebasado de dentadura maxilar parcial (flancos) | $55.00 |
| D5741 | Rebasado de dentadura mandibular parcial (flancos) | $55.00 |
| D5750 | Rebasado de dentadura maxilar completa (laboratorio) | $90.00 |
| D5751 | Rebasado de dentadura mandibular completa (laboratorio) | $90.00 |
| D5760 | Rebasado de dentadura maxilar parcial (laboratorio) | $90.00 |
| D5761 | Rebasado de dentadura mandibular parcial (laboratorio) | $90.00 |
| D5820 | Dentadura parcial temporal (maxilar) - *limitado a 1 mes dentro de un período de 12 meses consecutivos* | $110.00 |
| D5821 | Dentadura parcial temporal (mandibular) - *limitado a 1 mes dentro de un período de 12 meses consecutivos* | $110.00 |
| D5850 | Acondicionamiento tisular, maxilar | $25.00 |
| D5851 | Acondicionamiento tisular, mandibular | $25.00 |

**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 | $380.00 |
| D6211 | Puente - base preformada con metal basico predominantemente | $280.00 |
| D6212 | Puente - metal preformado noble | $320.00 |
| D6240 | Puente - porcelana fundido con metal muy noble | $380.00 |
| D6241 | Puente - porcelana fundido con metal basico predominantemente | $280.00 |
| D6242 | Puente - porcelana fundido con metal noble | $320.00 |
| D6245 | Puente - porcelana/cerámica | $380.00 |
| D6250 | Puente - resina con metal muy noble | $320.00 |
| D6251 | Puente - resina con con metal basico predominantemente | $220.00 |
| D6252 | Puente - resina con metal noble | $260.00 |
| D6600 | Incrustación inlay de retención - porcelana/cerámica, dos superficies | $330.00 |
| D6601 | Incrustación inlay de retención - porcelana/cerámica, tres o más superficies | $350.00 |
| D6602 | Incrustación inlay de retención - molde con alto contenido de metal noble, dos superficies | $280.00 |
| D6603 | Incrustación inlay de retención - molde con alto contenido de metal noble, tres o más superficies | $290.00 |
| D6604 | Incrustación inlay de retención - molde de metal base principalmente, dos superficies | $180.00 |
| D6605 | Incrustación inlay de retención - molde de metal base principalmente, tres o más superficies | $190.00 |
| D6606 | Incrustación inlay de retención - molde de metal noble, dos superficies | $210.00 |
| D6607 | Incrustación inlay de retención - molde de metal noble, tres o más superficies | $220.00 |
| D6608 | Restauración onlay de retención - porcelana/cerámica, dos superficies | $325.00 |
| D6609 | Restauración onlay de retención - porcelana/cerámica, tres o más superficies | $360.00 |
| D6610 | Restauración onlay de retención - molde con alto contenido de metal noble, dos superficies | $285.00 |
| D6611 | Restauración onlay de retención - molde con alto contenido de metal noble, tres o más superficies | $295.00 |
| D6612 | Restauración onlay de retención - molde de metal base principalmente, dos superficies | $185.00 |
| D6613 | Restauración onlay de retención - molde de metal base principalmente, tres o más superficies | $195.00 |
| D6614 | Restauración onlay de retención - molde de metal noble, dos superficies | $205.00 |
| D6615 | Restauración onlay de retención - molde de metal noble, tres o más superficies | $225.00 |
| D6720 | Corona de retención - resina con alto contenido de metal noble | $320.00 |
| D6721 | Corona de retención - resina con metal base principalmente | $220.00 |
| D6722 | Corona de retención - resina con metal noble | $260.00 |
| D6740 | Corona de retención - porcelana/cerámica | $380.00 |
| D6750 | Corona de retención - porcelana fundida con alto contenido de metal noble | $380.00 |

| | | |
|---|---|---|
| D6751 | Corona de retención - porcelana fundida con metal base principalmente | $280.00 |
| D6752 | Corona de retención - porcelana fundida con metal noble | $320.00 |
| D6780 | Corona de retención - 3/4 de molde con alto contenido de metal noble | $380.00 |
| D6781 | Corona de retención - 3/4 de molde de metal base principalmente | $280.00 |
| D6782 | Corona de retención - 3/4 de molde de metal noble | $320.00 |
| D6783 | Corona de retención - 3/4 de porcelana/cerámica | $380.00 |
| D6790 | Corona de retención - molde completo con alto contenido de metal noble | $380.00 |
| D6791 | Corona de retención - molde completo de metal base principalmente | $280.00 |
| D6792 | Corona de retención - molde completo de metal noble | $320.00 |
| D6930 | Volver a cementar o pegar dentadura postiza parcial fija | $20.00 |
| D6940 | Placa de descanso | $45.00 |
| D6980 | arreglo de dentadura fija parcial por causa de falla del material restaurador | $60.00 |

**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 | $5.00 |
| D7140 | Extracción de diente avulsionado o raíz expuesta (extracción por elevación y/o fórceps) | $8.00 |
| D7210 | Extracción, dientes erupcionados que necesitan la extracción del hueso o la segmentación del diente e incluye la elevación del colgajo mucoperióstico si así está indicado | $50.00 |
| D7220 | Extracción de diente traumatizado - tejido blando | $60.00 |
| D7230 | Extracción de diente traumatizado - parcialmente óseo | $80.00 |
| D7240 | Extracción de diente traumatizado - totalmente óseo | $110.00 |
| D7241 | Extracción de diente traumatizado - totalmente óseo con complicaciones quirúrgicas inusuales | $130.00 |
| D7250 | Extracción de raíces dentarias residuales (procedimiento de corte) | $45.00 |
| D7251 | Coronectomía - remoción parcial intencional de un diente | $130.00 |
| D7270 | Reimplantación de diente y/o estabilización de diente avulsionado o desplazado accidentalmente | $120.00 |
| D7280 | Exposición de un diente no erupcionado | $90.00 |
| D7282 | Movilización de diente avulsionado o en mala posición para permitir la erupción | $90.00 |
| D7283 | Colocación de dispositivo para facilitar la erupción de diente traumatizado | Sin Costo |
| D7286 | Biopsia incisional de tejido bucal blando - *no incluye procedimientos en laboratorio de patología* . | $30.00 |
| D7310 | Alveoloplastía con extracciones - 4 o más dientes o espacios interdentales - por cuadrante | $85.00 |
| D7311 | Alveoloplastia con extracciones - 1 a 3 dientes o espacios interdentales, por cuadrante | $85.00 |
| D7320 | Alveoloplastía sin extracciones - 4 o más dientes o espacios interdentales - por cuadrante | $100.00 |
| D7321 | Alveoloplastia sin extracciones - 1 a 3 dientes o espacios interdentales, por cuadrante | $100.00 |
| D7450 | Extracción de quiste odontogénico benigno o tumor - lesión hasta 1,25 cm de diámetro | Sin Costo |
| D7451 | Extracción de quiste odontogénico benigno o tumor - lesión con diámetro superior a 1,25 cm | Sin Costo |
| D7471 | Extracción de exostosis lateral (maxilar o mandibular) | $85.00 |
| D7472 | Eliminación de torus palatinus | $85.00 |
| D7473 | Eliminación de torus mandibularis | $85.00 |
| 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 | $15.00 |
| D7970 | Excisión de tejido hiperplásico - por arco | $75.00 |
| D7971 | Excisión de tejido gingival pericoronario | $75.00 |

**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 de radiografías | |
| D0322 | Tomografía computada | |
| D0330 | radiografía panorámica | |
| D0340 | Radiografía cefalométrica 2D - adquisición, medida y análisis | |

D0350 2D imágenes fotográficas orales/faciales obtenidas intra o extraoralmente
D0351 Imagen fotográfica 3D
D0470 Moldes dentales para diagnóstico

*El beneficio para informes después del tratamiento incluye:* ..... $70.00
D0210 intraoral - serie completa de radiografías
D0470 Moldes dentales para diagnóstico

D8010 Tratamiento ortodóncico limitado del grupo de dientes primarios ..... $1,150.00
D8020 Tratamiento ortodóncico limitado de los dientes de leche *niños o adolescentes hasta 19 años* ..... $1,150.00
D8030 Tratamiento ortodóncico limitado en dentadura de adolescentes - *adolescentes hasta 19 años* .... $1,150.00
D8040 Tratamiento ortodóncico limitado para adultos - *adultos, incluye niños a cargo de adultos con cobertura entre 19 y 25 años* ..... $1,350.00
D8050 Tratamiento ortodóncico interceptivo del grupo de dientes primarios ..... $1,150.00
D8060 Tratamiento ortodóncico interceptivo del grupo de dientes de leche ..... $1,150.00
D8070 Tratamiento ortodóncico completo de dientes de leche *niños o adolescentes hasta 23 años* .....$1,900.00
D8080 Tratamiento ortodóncico completo en dentadura de adolescentes *adolescentes hasta 19 años* .....$1,900.00
D8090 Tratamiento ortodóncico completo para adultos - *adultos, incluye niños a cargo de adultos con cobertura entre 19 y 25 años* ..... $2,100.00
D8660 Examen para tratamiento preortodóntico para controlar el crecimiento y desarrollo ..... $25.00
D8680 Retención ortodóntica (extracción de aparatos, armado y colocación de *retenedores* removibles) $275.00
D8681 Ajuste de retenedor de ortodoncia extraíble ..... Sin Costo
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 ..... $15.00
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 profunda o anestesia general ..... Sin Costo
D9223 Sedación profunda/anestesia general - cada 15 minutos adicionales ..... $80.00
D9243 Sedación o analgesia intravenosa moderada (en estado consciente) - cada 15 minutos adicionales $80.00
D9310 Consulta - (diagnóstico por parte de un odontólogo o médico distinto al profesional a cargo del tratamiento) ..... $25.00
D9311 Consulta con un profesional del cuidado de la salud ..... Sin Costo
D9430 Visita al consultorio para control (durante horas regulares de consulta) - sin otras prestaciones .... $5.00
D9440 Visita al consultorio - después de las horas de atención programada ..... $35.00
D9450 Presentación de casos, planificación detallada y exhaustiva del tratamiento ..... 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
D9940 Protección oclusal, por informe - *limitado a 1 en 3 años* ..... $100.00
D9943 Ajuste de protector oclusal ..... $10.00
D9951 Ajuste oclusal, limitado ..... $50.00
D9952 Ajuste oclusal, completo ..... $100.00
D9975 Blanqueamiento externo para aplicación en casa, por arco; incluye materiales y fabricación de moldes personalizados - *limitado a una cubeta de blanqueamiento y gel para 2 semanas de tratamiento personal* ..... $125.00
D9986 Consulta perdido - *sin previo aviso de 24 horas de anticipación - cada 15 minutos de duración de consulta* ..... $10.00
D9987 Consulta cancelada - *sin previo aviso de 24 horas de anticipación - cada 15 minutos de duración de consulta* ..... $10.00
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

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 ser autorizado por Delta Dental. El miembro asociado abona el copago especificado para tales prestaciones.

## 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 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.
7.

### 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 D9975, blanqueamiento externo, por arco, o en el caso de problemas que fueran el resultado de defectos hereditarios o de desarrollo, tales como paladar hendido, malformaciones en la 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, dentaduras totales o parciales, mantenedores de espacio y 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 odontológicos recibidos en cualquier consultorio distinto a aquél del odontólogo de cabecera, de un especialista autorizado o de un ortodoncista de la red, salvo en el caso de los *servicios de emergencia* descritos en el contrato y/o el Certificado 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.
19. Cualquier parte de un programa preventivo o administración de tejidos blandos que no es un servicio cubierto en el *Anexo A, Descripción de beneficios y copagos.*

# Información útil al alcance de sus manos

### Revise nuestro programa de bienestar SmileWay®

Encuentre recursos sobre salud bucal, como una herramienta de autoevaluación de riesgos, cuestionarios, artículos, videos y una suscripción a Grin!, nuestra revista electrónica gratuita sobre bienestar dental, **en es.mysmileway.com.**

### Encuentre un dentista de la red cerca de usted

Utilice nuestra práctica herramienta "Busque un dentista" y seleccione DeltaCare USA como su red.

- Find a dentist near your home or office
- Narrow your search by location, specialty, languages spoken — and more

### Regístrese para tener una cuenta en línea

Use su dispositivo móvil o computadora para registrarse y obtener una cuenta de servicios en línea gratuita y segura.

- Revise sus beneficios del plan
- Acceda a su tarjeta de identificación

### Contacto

¿Necesita ayuda? Déjenos saber.

**En línea:**
Visite **es.deltadentalins.com/about/contact/contactUs_ddic.html** y elija el formulario de "Servicio al cliente de DeltaCare USA".

**Escriba a:**
Delta Dental Insurance Company
1130 Sanctuary Parkway
Alpharetta, GA 30009

**Llame al número gratuito:** 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 utilice nuestro sistema telefónico automático, disponible las 24 horas, los 7 días de la semana.

---

**Respaldado por:**
Delta Dental Insurance Company
1130 Sanctuary Parkway
Alpharetta, GA 30009

**Administrado por:**
Delta Dental Insurance Company
1130 Sanctuary Parkway
Alpharetta, GA 30009

**NOTA: Éste es sólo un breve resumen de su plan.**

Este folleto no pretende reemplazar su folleto del plan obligatorio conforme a la ley. El Contrato de Servicios Dentales del Grupo determina los términos y las condiciones exactos de su cobertura. Consulte la "Descripción de Beneficios y Copagos" y las "Limitaciones y Exclusiones de los Beneficios" en este folleto para obtener una lista completa de los procedimientos cubiertos, los copagos, y las limitaciones y exclusiones del plan. También puede consultar su Evidencia o Certificado de Cobertura, que le enviaremos por correo después de su inscripción. Si desea revisar una Evidencia o Certificado de Cobertura antes de la inscripción, puede solicitar una copia llamando a Servicio al Cliente al 800-422-4234.

**IMPORTANT:** Can you read this document? If not, we can have somebody help you read it. For free help, please call Delta Dental at 800-422-4234.

**IMPORTANTE:** ¿Puede leer este documento? Si no, podemos ayudarle. Para obtener ayuda gratis, llame a Delta Dental al 800-422-4234.

**重要通知：**您能讀這份文件嗎？如有問題，我們可請他人協助您。 如需免費協助，請電 Delta Dental 800-422-4234。

© 2016 Delta Dental. Todos los derechos reservados.
HL_DCU_SHELL_SP #95383 (rev. 6/16)