



## Usando su plan

### Conozca su Programa DeltaCare USA

DeltaCare USA (administrado por Delta Dental of California) les brindan 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 usted se da de alta en nuestro programa, puede seleccionar 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.

### 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

### Comodidad

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

### Menores Costos

- 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

## ¿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 unirse 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 cambiar de odontólogo de cabecera previa notificación por teléfono o por escrito, o bien a través de nuestro sitio Web ([www.WeKeepYouSmiling.com](http://www.WeKeepYouSmiling.com)). Si se comunica con nosotros antes del día 21 del mes, el cambio tendrá efecto 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.

### ¿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 Excepciones 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 excepciones 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. No deberá interpretarse como códigos de procedimiento CDT-2007, descriptores o nomenclatura de ningún tipo, los cuales se encuentran protegidos por los derechos de propiedad intelectual de la Asociación Dental Americana. Es posible que ADA modifique los códigos CDT o 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.**

<u>DESCRIPCIÓN</u>	<u>PAGOS DEL AFILIADO</u>
<b>I. DIAGNÓSTICO</b>	
Evaluación oral periódica: paciente con antigüedad.....	No cuesta
Examen oral limitado - problema específico .....	No cuesta
Evaluación oral para paciente menor a 3 años de edad y orientación a través de un prestador primario de salud.....	No cuesta
Examen oral integral - paciente nuevo o regular .....	No cuesta
Examen oral exhaustivo - problema específico, por informe .....	No cuesta
Control - limitado, problema específico (paciente regular; no es consulta postoperatoria).....	No cuesta
Examen periodontal integral - paciente nuevo o regular .....	No cuesta
Radiografías <i>intraorales</i> - serie completa (incluye bitewings) - <i>limitado a 1 serie cada 24 meses</i> .....	No cuesta
Intraoral - primera placa periapical.....	No cuesta
Intraoral - cada placa periapical adicional .....	No cuesta
Intraoral - placa oclusal.....	No cuesta
Extraoral - primera placa .....	No cuesta
Extraoral - cada placa adicional.....	No cuesta
Radiografía <i>con bitewing</i> - placa simple.....	No cuesta
Radiografías <i>con bitewings</i> - 2 placas.....	No cuesta
Radiografías <i>con bitewings</i> - 3 placas.....	No cuesta
Radiografías <i>con bitewings</i> - 4 placas - <i>limitado a una serie cada 6 meses</i> .....	No cuesta
Bitewings verticales - 7 a 8 placas.....	No cuesta
Radiografía panorámica .....	No cuesta
Toma de muestra de microorganismos para cultivo y prueba de sensibilidad .....	No cuesta
Pruebas de susceptibilidad a las caries.....	No cuesta
Pruebas de pulpotomía vital.....	No cuesta
Moldes dentales para diagnóstico .....	No cuesta
Excisión de tejido, examen general, preparación y presentación de diagnóstico escrito .....	No cuesta
Excisión de tejido, examen general y microscópico, preparación y presentación de diagnóstico escrito .....	No cuesta
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.....	No cuesta
Procedimiento de diagnóstico no especificado, por informe - <i>incluye visita al consultorio, por consulta (además de otros servicios)</i> .....	No cuesta

**II. PREVENCIÓN**

Limpieza profiláctica - adultos - 1 cada 6 meses .....	No cuesta
Limpieza profiláctica adicional - adultos (dentro de un período de 6 meses).....	\$45.00
Limpieza profiláctica - niños - 1 cada 6 meses .....	No cuesta
Limpieza profiláctica adicional - niños (dentro de un período de 6 meses).....	\$35.00
Topicación con flúor (no incluye profilaxis) - niños - hasta 19 años; 1 cada 6 meses .....	No cuesta
Topicación con flúor; aplicación terapéutica para pacientes con riesgo alto a moderado de caries - niños hasta los 19 años; 1 cada 6 meses .....	No cuesta
Asesoramiento nutricional para el control de enfermedades dentales .....	No cuesta
Instrucciones para una correcta higiene oral.....	No cuesta
Sellador - por pieza dentaria - limitado a molares permanentes hasta 15 años .....	\$10.00
Mantenedor de espacio - fijo - unilateral .....	\$25.00
Mantenedor de espacio - fijo - bilateral .....	\$25.00
Mantenedor de espacio - removible - unilateral .....	\$25.00
Mantenedor de espacio - removible - bilateral .....	\$25.00
Recementado del mantenedor de espacio .....	No cuesta
Extracción de espaciador fijo .....	No cuesta

**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.

Amalgama - 1 superficie, primaria o permanente .....	No cuesta
Amalgama - 2 superficies, primaria o permanente .....	No cuesta
Amalgama - 3 superficies, primaria o permanente .....	No cuesta
Amalgama - 4 superficies, primaria o permanente .....	No cuesta
Composite a base de resina - 1 superficie, anterior.....	No cuesta
Composite a base de resina - 2 superficies, anterior .....	No cuesta
Composite a base de resina - 3 superficies, anterior .....	No cuesta
Composite a base de resina - 4 superficies o más, puede incluir ángulo incisal (anterior) .....	No cuesta
Corona con composite a base de resina, anterior .....	\$35.00
Composite a base de resina - 1 superficie, posterior.....	\$55.00
Composite a base de resina - 2 superficies, posteriores .....	\$65.00
Composite a base de resina - 3 o más superficies, posteriores.....	\$75.00
Composite a base de resina - 4 superficies o más, posteriores.....	\$85.00
Inlay - metálico - 1 superficie .....	No cuesta
Inlay - metálico - 2 superficies.....	No cuesta
Inlay - metálico - 3 superficies o más .....	No cuesta
Onlay - metálico - 2 superficies .....	No cuesta
Onlay - metálico - 3 superficies .....	No cuesta
Onlay - metálico - 4 superficies o más.....	No cuesta
Inlay - porcelana/cerámica - 1 superficie .....	\$165.00
Inlay - porcelana/cerámica - 2 superficies .....	\$190.00
Inlay - porcelana/cerámica - 3 superficies o más .....	\$200.00
Onlay - porcelana/cerámica - 2 superficies .....	\$185.00
Onlay - porcelana/cerámica - 3 superficies .....	\$205.00
Onlay - porcelana/cerámica - 4 superficies o más .....	\$220.00
Inlay - composite a base de resina - 1 superficie .....	\$105.00
Inlay - composite a base de resina - 2 superficies .....	\$120.00
Inlay - composite a base de resina - 3 superficies o más .....	\$145.00
Onlay - composite a base de resina - 2 superficies .....	\$140.00
Onlay - composite a base de resina - 3 superficies .....	\$155.00

Onlay - composite a base de resina - 4 superficies o más .....	\$185.00
Corona - composite a base de resina (indirecto) .....	\$50.00
Corona - composite $\frac{3}{4}$ a base de resina (indirecto) .....	\$50.00
Corona - resina con metal muy noble .....	\$195.00
Corona - resina con base principalmente de metal .....	\$95.00
Corona - resina con metal noble .....	\$135.00
Corona - sustrato de porcelana/cerámica .....	\$240.00
Corona - porcelana con aleación de metal muy noble .....	\$240.00
Corona - porcelana con aleación principalmente de metal .....	\$140.00
Corona - porcelana con aleación de metal noble .....	\$180.00
Corona - $\frac{3}{4}$ de recubrimiento con metal muy noble .....	\$210.00
Corona - $\frac{3}{4}$ de recubrimiento con base principalmente de metal .....	\$110.00
Corona - $\frac{3}{4}$ de recubrimiento con metal noble .....	\$150.00
Corona - $\frac{3}{4}$ porcelana/cerámica .....	\$240.00
Corona - recubrimiento completo con metal muy noble .....	\$210.00
Corona - recubrimiento completo con base principalmente de metal .....	\$110.00
Corona - recubrimiento completo con metal noble .....	\$150.00
Corona - titanio .....	\$240.00
Recementado de inlay, onlay o reparación parcial de la funda .....	No cuesta
Recementado de pernos y coronas provisorios .....	No cuesta
Recementado de corona .....	No cuesta
Corona preformada de acero inoxidable - diente primario .....	\$15.00
Corona preformada de acero inoxidable - diente permanente .....	\$15.00
Corona de resina prefabricada - <i>diente primario anterior</i> .....	\$25.00
Corona preformada de acero inoxidable con ventana de resina - <i>diente primario anterior</i> .....	\$20.00
Anestesia tópica .....	\$5.00
Restauración con refuerzo de corona, incluyendo pines .....	\$15.00
Fijación de pines - por diente, además de restauración .....	\$10.00
Perno y núcleo preformados además de la corona, fabricados indirectamente - <i>incluye preparación de conducto</i> .....	\$35.00
Cada perno preformado adicional, fabricado indirectamente - mismo diente - <i>incluye preparación de conducto</i> .....	\$25.00
Perno y núcleo preformados además de la corona - <i>perno metálico; incluye preparación de conducto</i> .....	\$20.00
Cada perno preformado adicional - mismo diente <i>perno metálico; incluye preparación de conducto</i> .....	\$15.00
Corona temporaria (diente fracturado) - <i>tratamiento paliativo únicamente</i> .....	\$5.00
Procedimientos adicionales para colocar una corona nueva debajo de una dentadura parcial existente .....	\$28.00
Reparación de la corona, por informe .....	\$15.00

#### IV. ENDODONCIA

Pulpotomía - directa (no incluye restauración final) .....	No cuesta
Pulpotomía - indirecta (no incluye restauración final) .....	No cuesta
Pulpotomía terapéutica (no incluye restauración final) - extracción de la pulpa coronal en la unión dentinocemental y aplicación de medicamento .....	No cuesta
Biopulpectomía total, dientes primarios y permanentes .....	\$10.00
Terapia pulpar (empaste reabsorbible) - diente primario, anterior (no incluye restauración final) .....	\$20.00
Terapia pulpar (empaste reabsorbible) - diente primario, posterior (no incluye restauración final) .....	\$20.00
<i>Conducto radicular</i> - anterior (no incluye restauración final) .....	\$55.00
<i>Conducto radicular</i> - bicúspide (no incluye restauración final) .....	\$120.00
<i>Conducto radicular</i> - molar (no incluye restauración final) .....	\$250.00
Tratamiento de obstrucción del conducto radicular; sin intervención quirúrgica .....	\$55.00
Terapia endodóntica incompleta; diente no operable ni reparable o fracturado .....	\$55.00
Restauración de perforaciones del piso de la cámara pulpar .....	\$55.00
Repetición de una terapia anterior del conducto radicular - anterior .....	\$85.00
Repetición de una terapia anterior del conducto radicular - bicúspide .....	\$150.00
Repetición de una terapia anterior del conducto radicular - molar .....	\$280.00

Apexificación/recalcificación - consulta inicial (obturación apical/repación de perforaciones por calcificación, reabsorción radicular, etc.).....	\$75.00
Apexificación/recalcificación - sustitución temporaria de la medicación (obturación apical/repación de perforaciones por calcificación, reabsorción radicular, etc.).....	\$50.00
Apexificación/recalcificación - consulta final (incluye terapia completa del conducto radicular - obturación apical/repación de perforaciones por calcificación, reabsorción radicular, etc.).....	\$50.00
Apicectomía/cirugía perirradicular - anterior .....	\$60.00
Apicectomía/cirugía perirradicular - bicúspide (primer tratamiento).....	\$70.00
Apicectomía/cirugía perirradicular - molar (primer tratamiento).....	\$80.00
Apicectomía/cirugía perirradicular (cada tratamiento adicional) .....	\$50.00
Retratamiento de conducto - por raíz.....	\$60.00
Amputación radicular, por raíz .....	No cuesta
Radectomía (con extracción de raíz), sin incluir el tratamiento del conducto radicular.....	\$30.00

## V. PERIODONCIA

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

Gingivectomía o gingivoplastia - 4 o más dientes contiguos o espacios dentales vecinos por cuadrante.....	\$130.00
Gingivectomía o gingivoplastia - 1 a 3 dientes contiguos o espacios dentales vecinos por cuadrante .....	\$80.00
Procedimiento de colgajo gingival, con alisado radicular - 4 o más dientes contiguos o espacios dentales vecinos por cuadrante .....	\$130.00
Procedimiento de colgajo gingival, con alisado radicular - 1 a 3 dientes contiguos o más o espacios dentales vecinos por cuadrante .....	\$80.00
Colgajo en posición apical .....	\$125.00
Alargamiento clínico de corona - tejido duro .....	\$125.00
Cirugía ósea (incluye inserción y obturación de colgajo) - 4 dientes contiguos o más o espacios dentales vecinos por cuadrante .....	\$280.00
Cirugía ósea (incluye inserción y obturación de colgajo) - 4 dientes contiguos o más o espacios dentales vecinos por cuadrante .....	\$225.00
Injerto de reemplazo óseo - primero en cuadrante.....	\$205.00
Injerto de reemplazo óseo - cada adicional en cuadrante .....	\$70.00
Injerto tisular de pedículo blando .....	\$205.00
Injerto libre de tejido blando (incluye cirugía de sitio donante) .....	\$205.00
Procedimiento de acuñamiento distal o proximal (cuando no se realiza junto con intervenciones quirúrgicas en una misma zona anatómica).....	\$45.00
Tartrectomía y alisado radicular - 4 dientes o más por cuadrante - <i>limitado a 4 cuadrantes durante un periodo de 12 meses consecutivos</i> .....	\$25.00
Tartrectomía y alisado radicular - 1 a 3 dientes por cuadrante - <i>limitado a 4 cuadrantes durante un periodo de 12 meses consecutivos</i> .....	\$20.00
Desbridamiento bucal completo para un examen y diagnóstico exhaustivos - <i>limitado a un tratamiento en un periodo de 12 meses consecutivos</i> .....	\$25.00
Mantenimiento periodontal - <i>limitado a 1 tratamiento cada 6 meses</i> .....	\$15.00
Mantenimiento periodontal adicional (dentro de un periodo de 6 meses).....	\$55.00

## 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 periodo de 12 meses consecutivos.*

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

Dentadura completa - maxilar.....	\$145.00
Dentadura completa - mandibular.....	\$145.00
Dentadura inmediata - maxilar.....	\$165.00

Dentadura inmediata - mandibular.....	\$165.00
Dentadura maxilar parcial - base de resina (incluye retenedores, apoyos y dientes convencionales).....	\$120.00
Dentadura mandibular parcial - base de resina (incluye retenedores, apoyos y dientes convencionales).....	\$120.00
Dentadura maxilar parcial - esqueleto de metal preformado con bases de resina para piezas dentarias (incluye retenedores, apoyos y dientes convencionales) .....	\$160.00
Dentadura mandibular parcial - esqueleto de metal preformado con bases de resina para piezas dentarias (incluye retenedores, apoyos y dientes convencionales) .....	\$160.00
Dentadura maxilar parcial - base flexible (incluye retenedores, apoyos y dientes).....	\$210.00
Dentadura mandibular parcial - base flexible (incluye retenedores, apoyos y dientes).....	\$210.00
Ajuste de dentadura completa - maxilar .....	\$10.00
Ajuste de dentadura completa - mandibular .....	\$10.00
Ajuste de dentadura parcial - maxilar .....	\$10.00
Ajuste de dentadura parcial - mandibular .....	\$10.00
Reparación de fractura de base de dentadura completa .....	\$20.00
Reemplazo de dientes fracturados o faltantes - dentadura completa (cada pieza dentaria).....	\$10.00
Reparación de base de dentadura de resina.....	\$20.00
Reparación de esqueletos metálicos.....	\$20.00
Reparación o reemplazo de retenedores fracturados .....	\$20.00
Reemplazo de dientes fracturados - por diente .....	\$10.00
Agregado de piezas dentarias a dentadura parcial existente .....	\$10.00
Colocación de retenedores a dentadura parcial existente .....	\$10.00
Reemplazo de dentadura completa y acrílico en esqueleto metálico (maxilar).....	\$135.00
Reemplazo de dentadura completa y acrílico en esqueleto metálico preformado (mandibular) .....	\$135.00
Acondicionamiento de base de dentadura maxilar completa.....	\$55.00
Acondicionamiento de base de dentadura mandibular completa.....	\$55.00
Acondicionamiento de base de dentadura maxilar parcial .....	\$55.00
Acondicionamiento de base de dentadura mandibular parcial .....	\$55.00
Rebasado de dentadura maxilar completa (flancos).....	\$20.00
Rebasado de dentadura mandibular completa (flancos).....	\$20.00
Rebasado de dentadura maxilar parcial (flancos) .....	\$20.00
Rebasado de dentadura mandibular parcial (flancos) .....	\$20.00
Rebasado de dentadura maxilar completa (laboratorio) .....	\$60.00
Rebasado de dentadura mandibular completa (laboratorio) .....	\$60.00
Rebasado de dentadura maxilar parcial (laboratorio) .....	\$60.00
Rebasado de dentadura mandibular parcial (laboratorio) .....	\$60.00
Dentadura parcial temporaria (maxilar) - limitado a 1 mes dentro de un período de 12 meses consecutivos .....	\$75.00
Dentadura parcial temporaria (mandibular) - limitado a 1 mes dentro de un período de 12 meses consecutivos .....	\$75.00
Acondicionamiento tisular, maxilar .....	No cuesta
Acondicionamiento tisular, mandibular .....	No cuesta

## VII. PROESTÉTICA MAXILOFACIAL - Sin Cobertura

## VIII. SERVICIOS DE IMPLANTES - Sin Cobertura

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

- Cuando un tratamiento coronal o pónico 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.

Puente - metal preformado muy noble .....	\$210.00
Puente - base preformada principalmente de metal .....	\$110.00
Puente - metal preformado noble .....	\$150.00
Puente - porcelana con aleación de metal muy noble .....	\$240.00
Puente - porcelana con aleación principalmente de metal .....	\$140.00

Puente - porcelana con aleación de metal noble .....	\$180.00
Puente - porcelana/cerámica .....	\$240.00
Puente - resina con metal muy noble .....	\$195.00
Puente - resina con base principalmente de metal .....	\$95.00
Puente - resina con metal noble .....	\$135.00
Inlay - porcelana/cerámica , 2 superficies.....	\$190.00
Inlay - porcelana/cerámica, 3 o más superficies .....	\$200.00
Inlay - metal preformado muy noble, 2 superficies .....	\$100.00
Inlay - metal preformado muy noble, 3 o más superficies.....	\$100.00
Inlay - principalmente de metal preformado, 2 superficies.....	No cuesta
Inlay - base con predominio de metal preformado, 3 o más superficies.....	No cuesta
Inlay - metal preformado noble, 2 superficies .....	\$40.00
Inlay - metal preformado noble, 3 o más superficies .....	\$40.00
Onlay - porcelana/cerámica, 2 superficies .....	\$185.00
Onlay - porcelana/cerámica, 3 o más superficies.....	\$205.00
Onlay - metal preformado muy noble, 2 superficies.....	\$100.00
Onlay - metal preformado muy noble, 3 o más superficies .....	\$100.00
Onlay - metal preformado principalmente de metal, 2 superficies .....	No cuesta
Onlay - metal preformado principalmente de metal, 3 o más superficies.....	No cuesta
Onlay - metal preformado noble, 2 superficies .....	\$40.00
Onlay - metal preformado noble, 3 o más superficies .....	\$40.00
Corona - resina con metal muy noble .....	\$195.00
Corona - resina con base principalmente de metal .....	\$95.00
Corona - resina con metal noble .....	\$135.00
Corona - porcelana/cerámica .....	\$240.00
Corona - porcelana con aleación de metal muy noble .....	\$240.00
Corona - porcelana con aleación principalmente de metal .....	\$140.00
Corona - porcelana con aleación de metal noble .....	\$180.00
Corona - $\frac{3}{4}$ de recubrimiento con metal muy noble .....	\$210.00
Corona - $\frac{3}{4}$ de recubrimiento con base principalmente de metal .....	\$110.00
Corona - $\frac{3}{4}$ de recubrimiento con metal noble .....	\$150.00
Corona - $\frac{3}{4}$ porcelana/cerámica .....	\$240.00
Corona - recubrimiento total con metal muy noble .....	\$210.00
Corona - recubrimiento total con base principalmente de metal .....	\$110.00
Corona - recubrimiento total con metal noble .....	\$150.00
Recementado de dentadura parcial fija .....	No cuesta
Placa de descanso.....	No cuesta
Perno y núcleo preformados además de pilar de dentadura parcial fija, fabricado indirectamente - incluye preparación de conducto .....	\$35.00
Perno y núcleo preformados además de retenedores de dentadura parcial fija - perno metálico; incluye preparación de conducto.....	\$20.00
Refuerzo de corona, incluyendo pines.....	\$15.00
Cada perno preformado adicional - mismo diente - incluye preparación de conducto.....	\$25.00
Cada perno preformado adicional - mismo diente perno metálico; incluye preparación de conducto.....	\$15.00
Reparación de dentadura parcial fija, por informe.....	\$15.00

## X. CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

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

Extracción de remanentes coronales y dientes de leche .....	No cuesta
Extracción de diente avulsionado o raíz expuesta (extracción por elevación y/o fórceps) .....	\$5.00
Extracción quirúrgica de dientes avulsionados que requieren la elevación del colgajo mucoperióstico y la extirpación del hueso y/o una sección del diente. ....	\$25.00
Extracción de diente traumatizado - tejido blando .....	\$50.00
Extracción de diente traumatizado - parcialmente óseo .....	\$70.00

Extracción de diente traumatizado - totalmente óseo .....	\$90.00
Extracción de diente traumatizado - totalmente óseo con complicaciones quirúrgicas inusuales.....	\$110.00
Extracción quirúrgica de restos radiculares (con incisión).....	No cuesta
Reimplantación de diente y/o estabilización de diente avulsionado o desplazado accidentalmente.....	\$85.00
Acceso quirúrgico de diente retenido .....	\$90.00
Movilización de diente avulsionado o en mala posición para permitir la erupción .....	\$90.00
Colocación de dispositivo para facilitar la erupción de diente traumatizado .....	No cuesta
Biopsia de tejido oral - blando - <i>no incluye ensayos patológicos de laboratorio</i> .....	No cuesta
Alveoloplastia con extracciones - 4 o más dientes o espacios interdentes - por cuadrante .....	\$50.00
Alveolo plastia con extracciones - 1 a 3 dientes o espacios interdentes, por cuadrante .....	\$50.00
Alveoloplastia sin extracciones - 4 o más dientes o espacios interdentes - por cuadrante .....	\$70.00
Alveolo plastia sin extracciones - 1 a 3 dientes o espacios interdentes, por cuadrante .....	\$70.00
Extracción de quiste odontogénico benigno o tumor - lesión hasta 1,25 cm de diámetro.....	No cuesta
Extracción de quiste odontogénico benigno o tumor - lesión con diámetro superior a 1,25 cm .....	No cuesta
Extracción de exostosis lateral (maxilar o mandibular).....	No cuesta
Eliminación de torus palatinus.....	No cuesta
Eliminación de torus mandibularis .....	No cuesta
Incisión y drenaje de abscesos - tejido intraoral blando .....	No cuesta
Frenulectomía (frenectomía o frenotomía - procedimientos independientes .....	No cuesta
Excisión de tejido hiperplásico - por arco.....	\$55.00
Excisión de tejido gingival pericoronario .....	\$55.00

## XI. ORTODONCIA

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

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

### Los informes pre y post ortodóncicos incluyen:

El beneficio de contar con registros previos a un tratamiento y los servicios de diagnóstico incluyen: .....\$200.00

Intraoral - serie completa (incluye bitewings)

Tomografía computada

Radiografía panorámica

Placa cefalométrica

Imágenes fotográficas orales/faciales

Moldes dentales para diagnóstico

El beneficio de contar con registros postratamiento comprende: .....\$70.00

Intraoral - serie completa (incluye bitewings)

Moldes dentales para diagnóstico

Tratamiento ortodóncico limitado del grupo de dientes primarios.....	\$950.00
Tratamiento ortodóncico limitado de los dientes de leche <i>niños o adolescentes hasta 19 años</i> .....	\$950.00
Tratamiento ortodóncico limitado en dentadura de adolescentes - <i>adolescentes hasta 19 años</i> .....	\$950.00
Tratamiento ortodóncico limitado - <i>adultos, incluye niños a cargo de adultos con cobertura</i> .....	\$1,150.00
Tratamiento ortodóncico interceptivo del grupo de dientes primarios.....	\$950.00
Tratamiento ortodóncico interceptivo del grupo de dientes de leche.....	\$950.00
Tratamiento ortodóncico integral de los dientes de leche <i>niños o adolescentes hasta 19 años</i> .....	\$1,700.00
Tratamiento ortodóncico integral en dentadura de adolescentes <i>adolescentes hasta 19 años</i> .....	\$1,700.00
Tratamiento ortodóncico integral - <i>adultos, incluye niños a cargo de adultos con cobertura</i> .....	\$1,900.00
Consulta para tratamiento pre-ortodóncico .....	\$25.00
Retención ortodóncica (extracción de aparatos, armado y colocación de <i>retenedores</i> removibles).....	\$275.00
Procedimiento ortodóncico no especificado, por informe - <i>incluye consulta para la planificación del tratamiento</i> .....	\$100.00

**XII. SERVICIOS GENERALES COMPLEMENTARIOS**

Tratamiento paliativo (emergencia) del dolor dental - procedimiento menor .....	\$5.00
Anestesia troncal regional.....	No cuesta
Anestesia infiltrativa terminal .....	No cuesta
Anestesia local .....	No cuesta
Sedación profunda/anestesia general - primeros 30 minutos.....	\$165.00
Sedación profunda/anestesia general - por cada segmento adicional de 15 minutos .....	\$80.00
Sedación/analgesia consciente intravenosa - primeros 30 minutos .....	\$165.00
Sedación/analgesia consciente intravenosa - por cada segmento adicional de 15 minutos .....	\$80.00
Consulta - (diagnóstico por parte de un odontólogo o médico distinto al profesional a cargo del tratamiento) .....	\$10.00
Visita al consultorio para control (durante horas regulares de consulta) - sin otras prestaciones .....	\$5.00
Visita al consultorio - después de las horas de atención programada.....	\$25.00
Presentación de casos, planificación detallada y exhaustiva del tratamiento .....	No cuesta
Protección oclusal, por informe - <i>limitado a 1 en 3 años</i> .....	\$100.00
Ajuste oclusal, limitado .....	\$35.00
Ajuste oclusal, completo .....	\$55.00
Blanqueamiento externo - por arco - <i>limitado a una cubeta de blanqueamiento y gel par 2 semanas de tratamiento personal</i> .....	\$125.00
Procedimiento adicional no especificado, por informe <i>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</i> .....	\$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 Delta Dental 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, púnticos 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.
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 ortodontista de cabecera efectuará un prorrateo de la cantidad de meses remanentes para culminar el tratamiento. El miembro pagará directamente al ortodontista 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 sin cobertura**

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, 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 ortodontista de la red, salvo en el caso de los *Servicios de Emergencia* descriptos 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.

**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 Centro de Atención al Cliente al 800-422-4234.**

*En California, DeltaCare USA es asegurado y administrado por Delta Dental of California.*

**Atención al cliente**

800-422-4234

lunes a viernes

5 a.m. a 6 p.m., hora del Pacífico

*Suministrado y Administrado por:*

**Delta Dental of California**

12898 Towne Center Drive

Cerritos, CA 90703-8579

[www.wekeepyousmiling.com](http://www.wekeepyousmiling.com)