

DeltaCare® USA – provisto por Delta Dental of California



Haremos lo que **sea necesario y un poco más.**

Cómo encontrar un dentista de DeltaCare USA

Seleccione de entre los muchos dentistas generales contratados por DeltaCare USA ubicados cerca de usted. Para obtener la lista más actualizada de los consultorios dentales de DeltaCare USA:



Visite nuestro sitio web y haga clic en "Find a Dentist" en nuestra página de inicio. Seleccione "DeltaCare USA" como su red del plan.



Llame a Servicio al Cliente para recibir ayuda para encontrar un dentista de DeltaCare.

deltadentalins.com

Bienvenido a DeltaCare USA – calidad, comodidad, costos predecibles

DeltaCare USA (administrado por Delta Dental Insurance Company) le brinda beneficios dentales de calidad a un precio accesible. DeltaCare USA está diseñado para alentarlos a que consulte regularmente con su dentista para mantener su salud dental.

Cuando se inscribe, usted selecciona un dentista contratado para que le brinde los servicios. La red de DeltaCare USA consiste de centros dentales privados cuya calidad se ha evaluado cuidadosamente y que han aceptado participar en este programa.

Con DeltaCare USA usted disfrutará estos beneficios:

Calidad

- Extensos beneficios para usted.
- Sin restricciones de cobertura para condiciones pre-existentes, excepto para tratamiento que ya esté en curso.
- Una red amplia y estable de dentistas, así usted puede disfrutar de una relación a largo plazo con su dentista.

Comodidad

- Fácil acceso a atención especializada.
- Horario de atención ampliado para servicio gratuito al cliente, de 5 a.m. a 6 p.m., hora del Pacífico.

Costos predecibles

- Sin deducibles.
- Los costos de bolsillo se definen claramente.
- Cobertura de emergencias dentales fuera del área por hasta \$100 por emergencia.
- Sin máximos monetarios anuales o de por vida.

Programa CCHP Senior (HMO)



Una organización de Medicare Advantage con contrato de Medicare

¿Qué hago si tengo preguntas sobre mi programa DeltaCare USA?

Elegibilidad

El Programa Dental Opcional Complementario está disponible solamente para aquellos miembros que están inscritos o que están solicitando cobertura bajo el programa CCHP Senior (HMO).

Fácil inscripción

Simplemente complete el proceso de inscripción siguiendo las indicaciones del Departamento de Ventas de CCHP. Asegúrese de indicar el dentista de su elección (de la lista de centros contratados).

Cómo funciona su programa DeltaCare USA

Su dentista contratado seleccionado se encargará de sus cuidados dentales. Si necesita tratamiento de un especialista, su dentista contratado se encargará de su derivación.

Después de su inscripción, usted recibirá un paquete de membresía de Delta Dental que incluye una tarjeta de identificación y un Folleto de Beneficios que describe en su totalidad los beneficios de su programa dental. En este paquete también se incluye el nombre, dirección y número telefónico de su dentista contratado. Simplemente llame al centro dental para programar una cita.

Bajo el programa DeltaCare USA, muchos servicios están cubiertos sin ningún costo, mientras que otros tienen copagos (la cantidad que usted paga a su dentista contratado) por ciertos beneficios. Consulte la sección “Descripción de Beneficios y Copagos” para ver una lista de sus beneficios.

Nota: Los servicios dentales que no proporciona su dentista contratado, o los que no están cubiertos bajo las disposiciones de atención de emergencia a continuación, deben estar pre-autorizados por Delta Dental para que su programa DeltaCare USA los cubra. Debe consultar a los proveedores de DeltaCare USA, excepto en situaciones de emergencia o de atención urgente. Si recibe atención de rutina de proveedores fuera de la red, ni Medicare ni DeltaCare USA/CCHP serán responsables de los costos.

Disposiciones para atención de emergencia

Bajo su programa DeltaCare USA, usted tiene cobertura para emergencias dentales fuera de la red. Su programa paga hasta \$100, por evento, por gastos dentales de emergencia fuera de la red.

Mi dentista es un dentista de Delta Dental, pero no figura en la lista de dentistas de DeltaCare USA. ¿Aún puedo recibir tratamiento de este dentista?

Debe recibir tratamiento del dentista contratado de DeltaCare USA que seleccionó. Por favor tome en cuenta que los dentistas de Delta Dental no necesariamente son dentistas de DeltaCare USA. Con más de 3,800 dentistas generales y especialistas, la red DeltaCare USA es una de las redes dentales más amplias en California.

Puntos destacados de su programa DeltaCare USA

¿Puedo cambiar de dentista contratado?

Puede cambiar de dentistas contratados al notificarnos ya sea por teléfono o por escrito, o al visitar nuestro sitio web (deltadentalins.com). Si se comunica con nosotros el día 21 del mes o antes, el cambio entrará en vigor el primer día del siguiente mes.

¿Cuánto tiempo lleva obtener una cita con un dentista de DeltaCare USA?

De dos a cuatro semanas es una cantidad de tiempo razonable para una cita de rutina y no urgente. Si necesita una hora específica, tal vez tenga que esperar más tiempo. La mayoría de los dentistas de DeltaCare USA ejercen en centros privados, lo cual significa mayor disponibilidad de citas y amplios horarios de oficina.

¿Se cubren condiciones dentales pre-existentes y tratamientos en curso?

El tratamiento de condiciones pre-existentes, como dientes extraídos, está cubierto bajo el programa DeltaCare USA. Sin embargo, no se proporcionan beneficios para tratamientos dentales iniciados antes de inscribirse al programa (es decir, tratamientos en curso, como preparaciones para coronas, endodoncias e impresiones para dentaduras).

¿Cómo fomenta los cuidados preventivos el programa DeltaCare USA?

Su programa DeltaCare USA está diseñado para fomentar las consultas con el dentista de manera regular al no tener copagos (cuotas que usted paga al dentista contratado) en la mayoría de los beneficios de diagnóstico y preventivos. Consulte el documento anexo “Descripción de Beneficios y Copagos.”

¿Mi programa DeltaCare USA cubre los servicios de especialistas?

Su dentista contratado coordinará sus necesidades de atención con un especialista para cirugías bucales, endodoncias o periodoncias con un especialista contratado y aprobado. Si no hay un especialista contratado dentro de su área de servicio, se autorizará una derivación a un especialista fuera de la red sin costo adicional, excepto el copago correspondiente. Si se le asigna a una clínica dental universitaria para servicios especializados, dichos servicios pueden ser proporcionados por un dentista, un estudiante de odontología, un profesional clínico o un instructor dental.

¿Qué hago si tengo preguntas sobre mi programa DeltaCare USA?

Llame a Servicio al Cliente de Delta Dental al 866-247-2486 de lunes a viernes de 5 a.m. a 6 p.m., hora del Pacífico (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2929). Tenemos representantes multilingües disponibles de 5 a.m. a 6 p.m., hora del Pacífico, de lunes a viernes. Nuestros representantes de Servicio al Cliente pueden responder preguntas sobre beneficios, así como programar la transferencia de un centro a otro y hacer derivaciones para atención urgente.

Nuestros representantes de Servicio al Cliente pueden responder preguntas sobre beneficios, así como programar la transferencia de un centro a otro y hacer derivaciones para atención urgente.

ANEXO A**Descripción de beneficios y copagos**

Los beneficios que se muestran abajo se realizan como se consideren apropiados por el dentista tratante contratado sujeto a las limitaciones y exclusiones del Programa. Sírvase remitirse al *Anexo B* para obtener mayor información sobre estos beneficios. **Los afiliados deberán discutir todas las opciones de tratamiento con el dentista contratado antes que se brinden los servicios.**

El texto que aparece en cursiva abajo es para aclarar la entrega de beneficios según el Programa DeltaCare® USA y no se debe interpretar como códigos de procedimientos CDT-2011, descripciones, ni nomenclatura con derechos de autor de la American Dental Association. American Dental Association pueden cambiar periódicamente los códigos CDT o definiciones. Dichos códigos actualizados, descripciones y nomenclatura pueden utilizarse para describir estos procedimientos cubiertos de acuerdo a legislación federal.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	EL AFILIADO PAGA
D0100-D0999	I. DIAGNÓSTICO	
D0120	Evaluación oral periódica – paciente establecido.....	Sin costo
D0140	Evaluación oral limitada – enfocada en el problema.....	Sin costo
D0145	Evaluación oral para paciente menor de tres años de edad y orientación con persona principal encargada del cuidado.....	Sin costo
D0150	Evaluación oral total – en paciente nuevo o establecido.....	Sin costo
D0160	Evaluación oral extensiva y detallada, enfocada en problema, por informe.....	Sin costo
D0170	Reevaluación -- limitada enfocada en problema (en paciente establecido; no es consulta postoperatoria).....	Sin costo
D0180	Evaluación periodontal total – en paciente nuevo o establecido.....	Sin costo
D0210	<i>Radiografías</i> intraorales – serie completa (incluye de mordida) – <i>limitada a 1 serie cada 24 meses</i>	Sin costo
D0220	Intraoral – primera placa periapical.....	Sin costo
D0230	Intraoral – cada placa periapical adicional	Sin costo
D0240	Intraoral – placa oclusal.....	Sin costo
D0250	Extraoral – primera placa.....	Sin costo
D0260	Intraoral – cada placa adicional.	Sin costo
D0270	<i>Radiografía</i> de mordida – una placa.....	Sin costo
D0272	<i>Radiografías</i> de mordida – dos placas.....	Sin costo
D0273	<i>Radiografías</i> de mordida – tres placas	Sin costo
D0274	<i>Radiografías</i> de mordida –cuatro placas – <i>limitadas a 1 serie cada 6 meses</i>	Sin costo
D0277	Mordidas verticales – 7 a 8 placas.	Sin costo
D0330	Película panorámica	Sin costo
D0415	Recolección de microorganismos para cultivo y sensibilidad	Sin costo
D0425	Pruebas de susceptibilidad de caries	Sin costo
D0460	Pruebas de vitalidad pulpar.....	Sin costo
D0470	Modelos de diagnóstico	Sin costo
D0472	Excisión de tejido, examen general, preparación y presentación de diagnóstico escrito y microscópico	Sin costo
D0473	Excisión de tejido, examen general, preparación y presentación de diagnóstico escrito	Sin costo

D0474	Excisión de tejido, examen general y microscópico, incluye la evaluación de márgenes quirúrgicos para detección de enfermedades y la preparación y presentación de diagnóstico escrito	Sin costo
D0999	Procedimiento de diagnóstico no especificado – <i>incluye visitas al consultorio, por visita (además de otros servicios)</i>	Sin costo

D1000-D1999 II. SERVICIOS PREVENTIVOS

D1110	Profilaxis, <i>limpieza</i> – adulto – <i>1 por periodo de 6 meses</i>	Sin costo
D1110	<i>Limpieza profiláctica adicional</i> – adulto (<i>dentro de un período de 6 meses</i>)	\$45.00
D1120	Profilaxis, <i>limpieza</i> – niño – <i>1 por periodo de 6 meses</i>	Sin costo
D1120	<i>Limpieza profiláctica adicional</i> – adulto (<i>dentro de un período de 6 meses</i>)	\$35.00
D1203	Aplicación tópica de fluoruro – <i>niño a 19 años; 1 por un periodo de 6 meses</i>	Sin costo
D1206	Aplicación tópica de fluor; aplicación terapéutica en pacientes con riesgo alto y moderado de caries – <i>niños a 19 años; 1 por un periodo de 6 meses</i>	Sin costo
D1310	Asesoramiento nutricional para el control de enfermedades dentales	Sin costo
D1330	Instrucciones de higiene oral	Sin costo
D1351	Sello – por diente – <i>limitado a molares permanentes hasta los 15 años</i>	\$10.00
D1352	Restauración preventiva de resina en un paciente con riesgo de moderado a alto de caries – diente permanentes – <i>limitado a molares permanente hasta los 15 años</i>	\$10.00
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	Re-cementación de mantenedor de espacio	\$12.00
D1555	Extracción de mantenedor fijo de espacio.	\$12.00

D2000-D2999 III. RESTAURACIÓN

- Incluye pulidos, todos los agentes adhesivos y unión, recubrimiento pulpar indirecto, bases, revestimientos y procedimientos de grabado con ácido.

- Cuando el tratamiento incluya más de 6 coronas, es posible que el afiliado deba abonar un monto adicional de \$100.00 por cada pieza adicional a partir de la sexta unidad.

- Reemplazo de coronas y de inlays y onlays requieren que la restauración actual tenga una antigüedad mínima de 5 años.

D2140	Amalgama, una superficie, primaria o permanente.....	Sin costo
D2150	Amalgama, dos superficies, primarias o permanentes.....	Sin costo
D2160	Amalgama, tres superficies, primarias o permanentes.....	Sin costo
D2161	Amalgama, cuatro o más superficies, primarias o permanentes.	Sin costo
D2330	Compuesto a base de resina – una superficie, anterior	\$5.00
D2331	Compuesto a base de resina – dos superficies, anterior.....	\$10.00
D2332	Compuesto a base de resina – tres superficies, anterior.....	\$15.00
D2335	Compuesto a base de resina – cuatro o más superficies o que implica ángulo incisal (anterior).....	\$50.00
D2390	Empaste a base de resina – corona, anterior.....	\$60.00
D2391	Empaste a base de resina – una superficie, posterior	\$55.00
D2392	Empaste a base de resina – dos superficies, posterior	\$65.00
D2393	Empaste a base de resina – tres superficies, posterior.....	\$75.00
D2394	Empaste a base de resina – cuatro o más superficies, posterior.....	\$85.00
D2510	Inlay – metálico – una superficie.....	\$170.00

D2520	Inlay – metálico – dos superficies	\$180.00
D2530	Inlay – metálico – tres o más superficies	\$190.00
D2542	Onlay – metálico – dos superficies.....	\$185.00
D2543	Onlay – metálico – tres superficies.....	\$195.00
D2544	Onlay – metálico – cuatro o más superficies	\$215.00
D2610	Inlay – porcelana/cerámica – una superficie	\$295.00
D2620	Inlay – porcelana/cerámica – dos superficies.....	\$330.00
D2630	Inlay – porcelana/cerámica – tres o más superficies	\$350.00
D2642	Onlay – porcelana/cerámica- dos superficies	\$325.00
D2643	Onlay – porcelana/cerámica – tres superficies	\$360.00
D2644	Onlay – porcelana/cerámica – cuatro o más superficies.....	\$380.00
D2650	Inlay – a base de resina – una superficie.....	\$195.00
D2651	Inlay – a base de resina – dos superficies	\$220.00
D2652	Inlay – a base de resina – tres o más superficies	\$255.00
D2662	Onlay – a base de resina – dos superficies	\$250.00
D2663	Onlay – a base de resina – tres superficies	\$275.00
D2664	Onlay – a base de resina – cuatro o más superficies	\$320.00
D2710	Corona, compuesto a base de resina (indirecta)	\$160.00
D2712	Corona, $\frac{3}{4}$ compuesto a base de resina (indirecta).....	\$160.00
D2720	Corona – resina con metal altamente noble.....	\$320.00
D2721	Corona – resina con base predominantemente de metal	\$220.00
D2722	Corona – resina con metal noble	\$260.00
D2740	Corona – sustrato de porcelana/cerámica	\$380.00
D2750	Corona – porcelana fundida con metal altamente noble	\$380.00
D2751	Corona – porcelana fundida con base predominantemente de metal.....	\$280.00
D2752	Corona – porcelana fundida con metal noble.....	\$320.00
D2780	Corona – $\frac{3}{4}$ colada con metal altamente noble	\$380.00
D2781	Corona – $\frac{3}{4}$ colada predominantemente con base de metal.....	\$280.00
D2782	Corona – $\frac{3}{4}$ colada de metal noble.....	\$320.00
D2783	Corona – $\frac{3}{4}$ porcelana/cerámica	\$380.00
D2790	Corona – metal altamente noble completamente fundido.....	\$380.00
D2791	Corona – completamente fundida y con base predominantemente de metal	\$280.00
D2792	Corona – de molde entero de metal noble	\$320.00
D2794	Corona de titanio.....	\$380.00
D2910	Recementar inlay, onlay, o restauración de cobertura parcial.....	\$15.00
D2915	Recementar perno y muñón colado o prefabricado.	\$15.00
D2920	Recementar corona	\$15.00
D2930	Corona prefabricada de acero inoxidable, diente primario	\$65.00
D2931	Corona prefabricada de acero inoxidable, diente permanente.	\$65.00
D2932	Corona de resina prefabricada – <i>diente primario anterior</i>	\$85.00
D2933	Corona prefabricada de acero inoxidable con ventana de resina – <i>diente primario anterior</i>	\$75.00
D2940	Restauración protectora	\$15.00
D2950	Reconstrucción del muñón coronal, incluye pines	\$65.00
D2951	Retención de pernos, por diente, además de la restauración.....	\$10.00
D2952	Perno y núcleo preformados además de la corona, fabricados indirectamente – <i>incluye preparación de conducto</i>	\$95.00

D2953	Cada perno preformado adicional, fabricado indirectamente – mismo diente – <i>incluye preparación de conducto</i>	\$70.00
D2954	Perno y muñón prefabricado además de la corona – poste con base de metal; <i>incluye preparación de conducto</i>	\$80.00
D2957	Cada perno adicional prefabricado – mismo diente – poste con base de metal; <i>incluye preparación de conducto</i>	\$60.00
D2970	Corona temporal (diente fracturado) – <i>tratamiento paliativo únicamente</i>	\$15.00
D2971	Procedimientos adicionales para colocar una corona nueva debajo de una dentadura parcial existente	\$55.00
D2980	Reparación de la corona, por informe	\$25.00

D3000-D3999 IV. ENDODONCIAS

D3110	Recubrimiento para la pulpa – directo (excluye la restauración final)	Sin costo
D3120	Recubrimiento para la pulpa – indirecto (excluye la restauración final)	Sin costo
D3220	Pulpotomía terapéutica (excluye 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 por apexogénesis en diente permanente con raíz incompleta	\$35.00
D3230	Terapia pulpar (empaste reabsorbible) para dientes anteriores primarios (excluye la restauración final)	\$50.00
D3240	Terapia pulpar (empaste reabsorbible) para dientes posteriores primarios (excluye la restauración final)	\$50.00
D3310	<i>Endodoncia</i> , terapia endodóntica, diente anterior (excluye restauración final)	\$110.00
D3320	<i>Endodoncia</i> , terapia endodóntica, diente bicúspide (excluye restauración final)	\$200.00
D3330	<i>Endodoncia</i> , terapia endodóntica, molar (excluye restauración final)	\$350.00
D3331	Tratamiento de obstrucción de canal radicular; no acceso quirúrgico	\$75.00
D3332	Terapia endodóntica incompleta; en diente inoperable, no restaurable o fracturado	\$75.00
D3333	Reparación interna de raíz de defectos de perforación	\$75.00
D3346	Segundo tratamiento de endodoncia previa- anterior	\$140.00
D3347	Segundo tratamiento de endodoncia previa- bicúspide	\$230.00
D3348	Segundo tratamiento de endodoncia – molar	\$380.00
D3351	Apexificación/recalcificación/regeneración de pulpa – visita inicial (cierre apical/reparación de perforaciones con calcio, reabsorción de la raíz, desinfección del espacio de la pulpa, etc.)	\$75.00
D3352	Apexificación/recalcificación/regeneración de pulpa – reemplazo provisional de medicamento (cierre apical/reparación de perforaciones con calcio, reabsorción de la raíz, desinfección del espacio de la pulpa, etc.)	\$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/cirugía perirradicular– anterior	\$130.00
D3421	Apicectomía/cirugía perirradicular– bicúspide (primera raíz)	\$140.00
D3425	Apicectomía/cirugía perirradicular– molar (primera raíz)	\$150.00
D3426	Apicectomía/cirugía perirradicular (cada raíz adicional)	\$90.00
D3430	Empaste retrógrado, por raíz	\$70.00
D3450	Amputación de la raíz, 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 gingivoplastia: cuatro o más espacios entre dientes consecutivos o dientes delimitados por cuadrante	\$145.00
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia: uno a tres espacios entre dientes consecutivos o dientes delimitados por cuadrante	\$85.00
D4240	Procedimiento de colgajo gingival, incluye el alisado radicular: cuatro o más espacios entre dientes consecutivos o delimitados por cuadrante	\$150.00
D4241	Procedimiento de colgajo gingival, incluye el alisado radicular: uno a tres espacios entre dientes consecutivos o delimitados por cuadrante	\$90.00
D4245	Colgajo en posición apical.....	\$175.00
D4249	Alargamiento clínico de corona – tejido duro.....	\$140.00
D4260	Cirugía ósea (incluye inserción y cierre de colgajo) – 4 dientes contiguos o más o espacios dentales vecinos por cuadrante.....	\$345.00
D4261	Cirugía ósea (incluye entrada y cierre de colgajo) – uno a tres espacios entre dientes o espacios dentales vecinos por cuadrante	\$275.00
D4263	Injerto de reemplazo óseo – primero en cuadrante.....	\$225.00
D4264	Injerto de reemplazo óseo – cada sitio adicional en cuadrante	\$75.00
D4270	Injerto tisular de pedículo blando.....	\$225.00
D4271	Injerto libre de tejido blando (incluye cirugía de sitio donante)	\$225.00
D4274	Procedimiento de acuñamiento distal o proximal (cuando no se realiza junto con intervenciones quirúrgicas en una misma zona anatómica)	\$80.00
D4341	Tartrectomía y alisado radicular – 4 dientes o más por cuadrante – <i>limitado a 4 cuadrantes durante un período de 12 meses consecutivos</i>	\$55.00
D4342	Tartrectomía y alisado radicular – 1 a 3 dientes por cuadrante – <i>limitado a 4 cuadrantes durante un período de 12 meses consecutivos</i>	\$45.00
D4355	Desbridamiento bucal completo para un examen y diagnóstico detallados – <i>limitado a un tratamiento en un período de 12 meses consecutivos</i>	\$55.00
D4910	Mantenimiento periodontal adicional (<i>limitado a 1 tratamiento cada 6 meses</i>)	\$40.00
D4910	<i>Limpieza profiláctica adicional – adultos (dentro de un período de 6 meses)</i>	\$55.00

D5000-D5899 VI. PRÓTESIS (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 afiliado debe continuar siendo elegible y el servicio se deberá prestar en la clínica dental bajo contrato donde se le colocó la dentadura originalmente.

- Cada afiliado 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 más de 5 años de antigüedad.

D5110	Dentadura postiza maxilar completa	\$335.00
D5120	Dentadura postiza mandibular completa	\$335.00
D5130	Dentadura inmediata- maxilar	\$355.00
D5140	Dentadura inmediata – mandibular.....	\$355.00
D5211	Dentadura postiza maxilar parcial a base de resina (incluye cualquier gancho, soporte y diente convencional)	\$295.00

D5212	Dentadura postiza mandibular parcial a base de resina (incluye cualquier gancho, soporte y diente convencional)	\$295.00
D5213	Dentadura maxilar parcial – esqueleto de metal preformado con bases de resina para piezas dentarias (incluye gancho, soporte y dientes convencionales)...	\$365.00
D5214	Dentadura mandibular parcial – esqueleto de metal preformado con bases de resina para piezas dentarias (incluye gancho, soporte y dientes convencionales)...	\$365.00
D5225	Dentadura maxilar parcial – base flexible (incluye gancho, soporte y dientes)	\$415.00
D5226	Dentadura mandibular parcial – base flexible (incluye gancho, soporte y dientes)	\$415.00
D5410	Ajuste a dentadura postiza maxilar completa	\$12.00
D5411	Ajuste a dentadura postiza mandibular completa	\$12.00
D5421	Ajuste a dentadura postiza maxilar parcial	\$12.00
D5422	Ajuste a dentadura postiza mandibular parcial.....	\$12.00
D5510	Reparación de base de dentadura completa fracturada.	\$45.00
D5520	Reemplazo de dientes rotos o que faltan – dentadura postiza completa (cada diente) ..	\$25.00
D5610	Reparación de base de dentadura de resina.....	\$50.00
D5620	Reparación de armazón colado.....	\$50.00
D5630	Reparación o reemplazo de ganchos fracturados	\$50.00
D5640	Reemplazo de dientes rotos, por diente.	\$40.00
D5650	Agregado de pieza dentaria a dentadura parcial existente.....	\$40.00
D5660	Agregado de gancho a dentadura parcial existente.....	\$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	Rebases de dentadura postiza maxilar completa	\$100.00
D5711	Rebases de dentadura postiza mandibular completa	\$100.00
D5720	Rebases de dentadura maxilar parcial	\$100.00
D5721	Rebases de dentadura maxilar parcial	\$100.00
D5730	Revestimiento de dentadura postiza maxilar completa (sillón)	\$55.00
D5731	Revestimiento de dentadura postiza mandibular completa (sillón)	\$55.00
D5740	Revestimiento de dentadura postiza maxilar parcial (sillón)	\$55.00
D5741	Revestimiento de dentadura postiza mandibular parcial(sillón).....	\$55.00
D5750	Revestimiento de dentadura postiza maxilar parcial (laboratorio).....	\$90.00
D5751	Revestimiento de dentadura postiza mandibular completa (laboratorio)	\$90.00
D5760	Revestimiento de dentadura postiza maxilar parcial (laboratorio).....	\$90.00
D5761	Revestimiento de dentadura postiza mandibular parcial (laboratorio)	\$90.00
D5820	Dentadura parcial temporal (maxilar) – <i>limitado a 1 mes dentro de un período de 12 meses consecutivos</i>	\$110.00
D5821	Dentadura parcial temporal (mandibular) – <i>limitado a 1 mes dentro de un período de 12 meses consecutivos</i>	\$110.00
D5850	Acondicionamiento tisular, maxilar.....	\$25.00
D5851	Acondicionamiento tisular, mandibular	\$25.00

D5900-D5999 VII. PROTÉSIS MAXILOFACIAL – No cubierta**D6000-D6199 VIII. SERVICIOS DE IMPLANTES – No cubiertos**

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

- Cuando un mismo tratamiento coronal o pónico incluya más de 6 unidades, es posible que el afiliado 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 más de 5 años.

D6210	Pónico – de molde con metal altamente noble.....	\$380.00
D6211	Pónico – de molde predominantemente con base de metal	\$280.00
D6212	Pónico – de molde con metal noble	\$320.00
D6240	Pónico – porcelana fundida con metal altamente noble.	\$380.00
D6241	Pónico – porcelana fundida con base predominantemente de metal.....	\$280.00
D6242	Pónico – porcelana fundida con metal noble.....	\$320.00
D6245	Pónico – porcelana/cerámica.....	\$380.00
D6250	Pónico – resina con metal altamente noble.....	\$320.00
D6251	Pónico – resina predominantemente con base de metal	\$220.00
D6252	Pónico – resina con metal noble	\$260.00
D6600	Inlay – porcelana/cerámica, dos superficies.....	\$330.00
D6601	Inlay – porcelana/cerámica, tres o más superficies	\$350.00
D6602	Inlay – metal preformado muy noble, 2 superficies	\$280.00
D6603	Inlay – metal preformado muy noble, 3 o más superficies	\$290.00
D6604	Inlay – principalmente de metal básico preformado, 2 superficies	\$180.00
D6605	Inlay – base con predominio de metal básico preformado, 3 o más superficies.....	\$190.00
D6606	Inlay – metal preformado noble, 2 superficies.....	\$210.00
D6607	Inlay – metal preformado noble, 3 o más superficies.....	\$220.00
D6608	Onlay – porcelana/cerámica, 2 superficies.....	\$325.00
D6609	Onlay – porcelana/cerámica, 3 o más superficies.....	\$360.00
D6610	Onlay – metal preformado muy noble, 2 superficies.....	\$285.00
D6611	Onlay – metal preformado muy noble, 3 o más superficies.....	\$295.00
D6612	Onlay – metal preformado principalmente de metal, 2 superficies	\$185.00
D6613	Onlay – metal preformado principalmente de metal, 3 o más superficies	\$195.00
D6614	Onlay – metal preformado noble, 2 superficies	\$205.00
D6615	Onlay – metal preformado noble, 3 o más superficies	\$225.00
D6720	Corona – resina con metal altamente noble.....	\$320.00
D6721	Corona – resina con base predominantemente de metal	\$220.00
D6722	Corona – resina con metal noble	\$260.00
D6740	Corona – porcelana/cerámica	\$380.00
D6750	Corona – porcelana fundida con metal altamente noble.....	\$380.00
D6751	Corona – porcelana fundida con base predominantemente de metal.....	\$280.00
D6752	Corona – porcelana fundida con metal noble.....	\$320.00
D6780	Corona – ¾ colada con metal altamente noble	\$380.00
D6781	Corona – ¾ colada predominantemente con base de metal.....	\$280.00
D6782	Corona – ¾ colada de metal noble.....	\$320.00
D6783	Corona – ¾ porcelana/cerámica	\$380.00
D6790	Corona – metal altamente noble completamente fundido.....	\$380.00
D6791	Corona – completamente fundida y con base predominantemente de metal	\$280.00
D6792	Corona – de molde entero de metal noble.....	\$320.00

D6930	Recementar dentadura parcial fija.	\$20.00
D6940	Disipador de estrés mecánico	\$45.00
D6970	Perno y núcleo preformados además de pilar de dentadura parcial fija, fabricado indirectamente – <i>incluye preparación de conducto</i>	\$95.00
D6972	Perno y núcleo preformados además de retenedores de dentadura parcial fija – <i>perno metálico; incluye preparación de conducto</i>	\$80.00
D6973	Reconstrucción del muñón coronal para el retenedor, incluye pines	\$65.00
D6976	Cada perno preformado adicional, fabricado indirectamente – mismo diente – <i>incluye preparación de conducto</i>	\$70.00
D6977	Cada perno adicional prefabricado – mismo diente – <i>poste con base de metal; incluye preparación de conducto</i>	\$60.00
D6980	Reparación de dentadura parcial fija, por informe	\$60.00

D7000-D7999 X. CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

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

D7111	Extracción, remanentes coronales – diente caducifolio.....	\$5.00
D7140	Extracción, dientes erupcionados o raíces expuestas (elevación y/o extracción con fórceps).....	\$8.00
D7210	Remoción quirúrgica de un diente brotado que requiere remoción de hueso y/o seccionamiento de un diente, incluyendo elevación de colgajo mucoperiosteos si está indicado.....	\$50.00
D7220	Extracción de diente impactado – tejido blando.....	\$60.00
D7230	Extracción de dientes impactados – parcialmente óseos.....	\$80.00
D7240	Extracción de dientes impactados – completamente óseos	\$110.00
D7241	Extracción de diente impactado, completamente óseo, con complicaciones quirúrgicas inusuales	\$130.00
D7250	Extracción quirúrgica 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	Acceso quirúrgico a diente no erupcionado	\$90.00
D7282	Movilización de diente erupcionado o mal posicionado para ayudar a la erupción	\$90.00
D7283	Colocación de aparato para facilitar erupción de diente impactado	Sin costo
D7286	Biopsia de tejido oral – suave – <i>no incluye procedimientos en laboratorio de patología</i>	\$30.00
D7310	Alveoplastia en conjunción con extracciones – cuatro o más dientes o espacios interdentes, por cuadrante	\$85.00
D7311	Alveoplastia con extracciones – 1 a 3 dientes o espacios interdentes, por cuadrante.....	\$85.00
D7320	Alveoplastia sin extracciones – 4 o más dientes o espacios interdentes – por cuadrante.....	\$100.00
D7321	Alveoplastia sin extracciones – 1 a 3 dientes o espacios interdentes, por cuadrante.....	\$100.00
D7450	Extracción de quiste o tumor odontogénico benigno – diámetro de lesión hasta 1.25 cm	Sin costo
D7451	Extracción de quiste o tumor odontogénico benigno – diámetro de lesión mayor de 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 absceso, tejido blando intraoral	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-D8999XI. ORTODONCIA

- Los copagos listados para cada fase del tratamiento ortodóntico (limitado, interceptivo o total) cubre hasta 24 meses de tratamiento activo. Después de los 24 meses, se pueden aplicar una tarifa mensual adicional que no exceda \$125.00.

- El copago de retención incluye ajustes y/o consultas hasta los 24 meses.

Los registros pre y post ortodónticos incluyen:

	<i>El beneficio de registros y tratamiento previo incluye:</i>	\$200.00
D0210	Intraoral – series completas (incluye radiografías de mordida)	
D0322	Estudio tomográfico	
D0330	Película panorámica	
D0340	Película cefalométrica	
D0350	Imágenes fotográficas orales/faciales	
D0470	Moldes de diagnóstico	
	<i>El beneficio para los registros después del tratamiento incluyen:</i>	\$70.00
D0210	Intraoral – series completas (incluye radiografías de mordida)	
D0470	Modelos de diagnóstico	
D8010	Tratamiento ortodóntico limitado para la dentición primaria.....	\$1,150.00
D8020	Tratamiento ortodóntico limitado de la dentición transicional – <i>niño o adolescente hasta los 19 años</i>	\$1,150.00
D8030	Tratamiento ortodóntico limitado para la dentición adolescente – <i>adolescente hasta los 19 años</i>	\$1,150.00
D8040	Tratamiento ortodóntico limitado de la dentición adulta – <i>adultos, incluyendo hijos adultos dependientes cubiertos</i>	\$1,350.00
D8050	Tratamiento ortodóntico interceptivo de la dentición primaria	\$1,150.00
D8060	Tratamiento ortodóntico interceptivo de la definición transicional	\$1,150.00
D8070	Tratamiento ortodóntico integral de la dentición transicional – <i>niño o adolescente hasta los 19 años</i>	\$1,900.00
D8080	Tratamiento ortodóntico integral de la dentición adolescente – <i>adolescente hasta los 19 años</i>	\$1,900.00
D8090	Tratamiento ortodóntico integral de la dentición adulta – <i>adultos, incluyendo adultos dependientes cubiertos</i>	\$2,100.00
D8660	Consulta de tratamiento pre ortodóntico	\$25.00
D8680	Retención ortodóntica (extracción de dispositivos, construcción y colocación de retenedores <i>removibles</i>)	\$275.00
D8999	Procedimiento ortodóntico no especificado, por informe – <i>incluye sesión de planificación de tratamiento</i>	\$100.00

D9000-D9999XII. SERVICIOS GENERALES COMPLEMENTARIOS

D9110	Tratamiento paliativo (emergencia) de dolor de muela, procedimiento menor	\$15.00
D9211	Anestesia regional	Sin costo
D9212	Anestesia para bloqueo del trigemio	Sin costo
D9215	Anestesia local en conjunto con procedimientos operativos o quirúrgicos	Sin costo
D9220	Sedación profunda/anestesia general – primeros 30 minutos	\$165.00
D9221	Sedación profunda/anestesia general – por cada segmento adicional de 15 minutos	\$80.00
D9241	Sedación/analgesia consciente intravenosa – primeros 30 minutos	\$165.00
D9242	Sedación/analgesia consciente intravenosa – por cada segmento adicional de 15 minutos	\$80.00
D9310	Consulta – (diagnóstico por parte de un odontólogo o médico distinto al profesional a cargo del tratamiento	\$25.00
D9430	Visita a consultorio por observación (durante horas regulares programadas), no se realiza ningún otro servicio	\$5.00
D9440	Vista a consultorio, después de horas regulares programadas	\$35.00
D9450	Presentación de casos, planificación detallada y exhaustiva del tratamiento	Sin costo
D9940	Protección oclusal, por informe – <i>limitado a 1 en 3 años</i>	\$100.00
D9951	Ajuste oclusal, limitado	\$50.00
D9952	Ajuste oclusal, completo	\$100.00
D9972	Blanqueamiento externo – por arco – <i>limitado a una cubeta de blanqueamiento y gel para 2 semanas de tratamiento personal</i>	\$125.00
D9999	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 contratado asignado, el afiliado 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 contratado deberán estar autorizados por Delta Dental. El afiliado paga el copago especificado por tales servicios.

Los procedimientos que no aparecen detallados en la lista anterior no tienen cobertura, sin embargo pueden estar disponibles de acuerdo a las “tarifas presentadas” por el dentista contratado. “Tarifas presentadas” son las que el dentista contratado tiene registradas en Delta Dental. Las preguntas respecto a estas tarifas deben hacerse en el Departamento de Servicio al cliente al 800-422-4234.

ANEXO B**Limitaciones de 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 afiliado acepta un plan de tratamiento de un dentista contratado que implique la colocación de más de 6 coronas, puentes 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 proporcionados por un dentista pediátrico están limitados a niños hasta los siete años después de un intento de parte del dentista contratado asignado de tratar al niño y con autorización previa de Delta Dental, menos los copagos aplicables. Se considerarán excepciones una por una por condiciones médicas, sin importar la limitación de edad.
5. El costo para un afiliado que recibe tratamiento ortodóntico cuya cobertura es cancelado o terminado por cualquier motivo se basará en la tarifa usual del ortodoncista contratado para el plan de tratamiento. El ortodoncista contratado prorrateará el monto por el número de meses que quedan para completar el tratamiento. El afiliado hace los pagos directamente al ortodoncista contratado como se ha acordado.
6. El tratamiento ortodóntico en progreso está limitado a nuevos afiliados de DeltaCare Usa, que al momento de su fecha efectiva original, están en tratamiento activo iniciado bajo el plan dental previo auspiciado por el empleador, siempre y cuando continúen siendo elegibles bajo el programa DeltaCare USA. El tratamiento activo significa que se ha iniciado el movimiento de diente. Los afiliados son responsables por todos los copagos y tarifas sujetas a las estipulaciones del plan dental previo. Delta Dental es responsable financieramente solo por los montos no pagados por el plan dental previo para casos ortodónticos calificados.

Exclusiones de beneficios

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 contratado:
 - 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 adyacentes, o
 - b. sea inconsistente con las normas dentales generalmente aceptadas.

3. Prestaciones sólo con fines estéticos, con excepción del procedimiento D9972, blanqueamiento externo, por arco, o en el caso de problemas que fueran el resultado de defectos hereditarios o de desarrollo, tales como paladar hendido, malformaciones en la mandíbulas inferior y superior, dientes faltantes por enfermedades congénitas o dientes descoloridos o esmalte insuficiente.
4. Coronas de porcelana, porcelana fundida a metal, metal colado o resina con coronas 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 contratado asignado, de un especialista previamente autorizado o de un ortodoncista de la red, salvo en el caso de los *Servicios de Emergencia* descritos en los Contratos y/o Evidencia de Cobertura.
11. Todos los honorarios de admisión, uso, hospitalización, centros quirúrgicos ambulatorios, instituciones de atención complementaria u otros centros de atención similares.
12. Medicamentos recetados.
13. Gastos odontológicos incurridos en relación con cualquier procedimiento dental u ortodóntico iniciado antes del período de elegibilidad del afiliado para acceder al programa DeltaCare USA. Algunos ejemplos incluyen: dientes preparados para coronas, tratamiento de conducto en curso, dentaduras parciales o completas para las que se hubiera efectuado una impresión y ortodoncia.
14. Aparatos ortodónticos extraviados o rotos.
15. Cambios en el tratamiento ortodóntico necesitado por accidente de cualquier tipo.
16. Dispositivos mio o parafuncionales y/o terapias.
17. Brackets de resina o cerámica, adaptación lingual de bandas ortodónticas y otras alternativas especializadas o cosméticas de los dispositivos ortodónticos estándar fijos o removibles.
18. Tratamiento o aparatos provistos por un dentista especializado en prostodoncia.

Exenciones de responsabilidad de CCHP para el programa CCHP Senior (HMO)

Este plan lo ofrece CCHP, una organización de Medicare Advantage con contrato de Medicare. El programa CCHP Senior (HMO) está disponible a todas las personas inscritas en las Partes A y B de Medicare que viven en el área de servicio. Las personas deben tener tanto la Parte A como la Parte B para inscribirse. Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Los miembros pueden inscribirse en el plan solamente durante periodos específicos del año. Comuníquese con el programa CCHP Senior (HMO) para obtener más información. Tal vez pueda recibir Ayuda Adicional para pagar las primas y costos de sus medicamentos recetados. Para averiguar si califica para la Ayuda Adicional, llame al 800-MEDICARE (800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 877-486-2048 las 24 horas del día, los 7 días de la semana; la Oficina de la Seguridad Social al 800-772-1213 entre 7 a.m. y 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 800-325-0778; o a su oficina de Medicaid. Usted debe recibir toda la atención de rutina de los proveedores del plan. Excepto bajo circunstancias que no son de rutina, debe recibir los medicamentos recetados de las farmacias de la red. Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones. La información de beneficios provista en este documento es un breve resumen y no una descripción integral de los beneficios disponibles. Comuníquese con el plan para obtener más información. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias, la prima y/o los copagos/ coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2013.

Esta información está disponible gratuitamente en otros idiomas y formatos. Favor de comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros al 1-415-834-2118 (TTY 1-877-681-8898) para obtener información adicional.

此文件有免費的其它版本及語言。了解詳情請致電 1-415-834-2118 (TTY 1-877-681-8898) 與會員服務部聯絡。

Boletín gratuito

Obtenga las últimas noticias sobre salud bucal del *Dental Wire*, nuestro boletín quincenal por correo electrónico.

Suscríbese en:
deltadentalins.
com/oral_health.

Servicio al Cliente de DeltaCare USA

866-247-2486
(Usuarios de TTY
llamar al
1-800-735-2929)
deltadentalins.com

NOTA: La información de beneficios provista en este documento es un breve resumen y no una descripción integral de los beneficios. Comuníquese con el plan para obtener más información.

Los beneficios, el formulario, la red de farmacias, la prima y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2013. Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones.

Se le enviará una Evidencia de Cobertura Dental cuando se inscriba. **Si desea revisar una Evidencia de Cobertura Dental antes de inscribirse, puede solicitar una copia llamando al Departamento de Servicio al Cliente al 866-247-2486 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2929).**

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

Servicio al Cliente

866-247-2486 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2929)
De lunes a viernes,
de 5 a.m. a 6 p.m., hora del Pacífico.

Proporcionado por:

Delta Dental of California

17871 Park Plaza Drive, Suite 200
Cerritos, CA 90703

Administrado por:

Delta Dental Insurance Company

P.O. Box 1803
Alpharetta, GA 30023



Una marca registrada de Delta Dental Plans Association

