

# DeltaCare<sup>®</sup> USA

Marca registrada de la Asociación de planes de Delta Dental

Programa de atención de salud de  
Dental para afiliados elegibles de  
CCHP Senior Program (HMO)

Una organización de Medicare  
Advantage con contrato de Medicare



*Folleto de beneficios y formulario de divulgación combinados.*



[deltadentalins.com](http://deltadentalins.com)

*Proporcionado por*  
Delta Dental of California  
17871 Park Plaza Dr., Suite 200  
Cerritos, CA 90703  
1-866-247-2486  
Los usuarios de TTY/TDD deben llamar:  
1-800-735-2929

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

V11

EOC\_CA14A\_6609\_V11\_12.06.2011\_SP  
H0571\_2012\_36SP CMS Approved 11072011

**FOLLETO DE BENEFICIOS  
Y FORMULARIO DE DIVULGACIÓN  
Programa DeltaCare USA Dental HMO**

Este documento es un folleto combinado de formulario de divulgación y beneficios de su programa DeltaCare Dental USA HMO (“el Programa”) proporcionado por Delta Dental of California y administrado por Delta Dental Insurance Company (en conjunto llamados “Delta Dental”). El Programa fue establecido y es administrado de acuerdo a las disposiciones de un contrato de servicio de grupo de Delta (el “Contrato”) emitido por Delta Dental of California.

**ESTE FOLLETO DE BENEFICIOS SOLO ES UN RESUMEN DEL PROGRAMA. TAL COMO LO REQUIERE EL CÓDIGO DE SALUD Y SEGURIDAD DE CALIFORNIA, EL PRESENTE ES PARA INFORMARLE QUE SE DEBE CONSULTAR EL CONTRATO PARA DETERMINAR LAS ESTIPULACIONES Y CONDICIONES EXACTAS DE LA COBERTURA BRINDADA POR EL PRESENTE.**

SE LE PROPORCIONARÁ UNA COPIA DEL CONTRATO SI LO SOLICITA. LOS CONFLICTOS DIRECTOS ENTRE EL CONTRATO Y EL FOLLETO DE BENEFICIOS SE RESOLVERÁN DE CONFORMIDAD CON LOS TÉRMINOS QUE SEAN MÁS FAVORABLES PARA USTED. LEA TODO EL FOLLETO DE BENEFICIOS ATENTAMENTE. LAS PERSONAS CON NECESIDADES ESPECIALES DE ATENCIÓN DE LA SALUD DEBEN LEER LA SECCIÓN TITULADA “NECESIDADES ESPECIALES”.

TENEMOS A SU DISPOSICIÓN SI LA SOLICITA, UNA DESCRIPCIÓN DE LAS POLÍTICAS Y LOS PROCEDIMIENTOS DE DELTA DENTAL OF CALIFORNIA PARA CONSERVAR LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS REGISTROS MÉDICOS.

POR FAVOR LEA LA INFORMACIÓN SIGUIENTE PARA SABER CÓMO OBTENER BENEFICIOS DENTALES.

Para obtener información sobre los beneficios, llame al Departamento de Servicio al Cliente al 1-866-247-2486 de lunes a viernes de 5 am a 6 pm hora del Pacífico (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2929).

# Índice

Definiciones .....	1
Elegibilidad de beneficios .....	4
Tarifas y primas prepagadas.....	4
Cómo utilizar el Programa de DeltaCare USA - elección de un dentista contratado .....	4
Continuidad de atención .....	5
Necesidades especiales .....	6
Acceso a las instalaciones .....	6
Beneficios, limitaciones y exclusiones .....	6
Copagos y otros cargos.....	6
Servicios de emergencia .....	7
Servicios de especialistas.....	7
Segunda opinión.....	8
Reclamaciones de reembolso .....	8
Compensación al proveedor.....	9
Políticas de procesamiento.....	9
Coordinación de beneficios.....	10
Proceso de queja y apelación .....	10
Participación de la política pública por parte del afiliado.....	11
Renovación y término de beneficios .....	11
Cancelación de inscripción .....	11
Descripción de beneficios y copagos .....	12
Limitaciones de beneficios.....	28
Exclusiones de beneficios .....	30

## Definiciones

Como se utilizan en este manual:

**Apelación** es lo que hace si no está de acuerdo con una negativa de una solicitud de servicios de atención dental o pago por servicios que ya ha recibido. También pueden apelar si no está de acuerdo con la decisión de detener los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, pueden pedir una apelación si nuestro Plan no paga por un servicio que usted considera debe recibir.

**Beneficios** se refiere a aquellas prestaciones dentales suministradas según los términos del Contrato de Servicios dentales de DeltaCare USA que se describen en el presente.

**Dentista contratado** es el dentista que brinda servicios de odontología general, y ha acordado proporcionar los beneficios a los afiliados del Programa.

**Especialista contratado** es el dentista que brinda servicios de especialización, y ha acordado proporcionar los beneficios a los afiliados del Programa

**Copago** es el monto que se cobra a un afiliado por el dentista contratado por los beneficios proporcionados según este Programa.

**Dentista** es un odontólogo debidamente licenciado con derecho legal para practicar odontología en el momento y en el estado o jurisdicción donde se realizaron los servicios.

**Afiliado elegible** se refiere a cualquier afiliado que es elegible para los beneficios descritos en este folleto.

**Servicio de emergencia** quiere decir atención brindada por un dentista para tratar una condición dental que se manifiesta como un síntoma de suficiente gravedad, lo que incluye dolor, y cuya falta de atención inmediata podrá resultar en: (i) poner en serio peligro su salud dental, o (ii) provocar una alteración grave en sus funciones dentales.

**Afiliado** se refiere a un afiliado elegible (“afiliado”) inscrito para recibir beneficios

**Queja** se refiere un tipo de reclamación que hace sobre nosotros o uno de nuestros proveedores de la red, incluyendo una queja respecto a la calidad de su atención. Este tipo de queja no se refiere a cobertura ni disputas de pago.

**Ajeno a la red** es el tratamiento realizado por un dentista que no ha firmado un acuerdo con Delta Dental para brindar beneficios según este Programa.

**Autorización previa** se refiere al proceso según el cual Delta Dental establece si un determinado procedimiento o tratamiento es un beneficio que pueden estar sujeto a remisión conforme al plan del afiliado.

**Razonable** quiere decir que un afiliado ejerce criterio prudente para determinar que existe una emergencia dental y hace por lo menos un intento para ponerse en contacto con su dentista contratado para obtener servicios de emergencia y, en el caso que el dentista no esté disponible, hace por lo menos un intento para contactar a Delta Dental para recibir ayuda antes de buscar atención de otro dentista.

**Necesidad especial de atención médica** se refiere a cualquier impedimento físico o mental, limitación o condición que interfiera sustancialmente en la capacidad del afiliado para recibir beneficios. Algunos ejemplos de este tipo de necesidades especiales son: 1) la incapacidad del afiliado de acceder al establecimiento de su dentista contratado asignado a causa de una discapacidad física; y 2) la incapacidad del afiliado de cumplir las instrucciones del dentista contratado durante un examen o tratamiento a causa de una discapacidad física o mental.

**Servicios del especialista** son los servicios realizados por un dentista que se especializa en la práctica de cirugía oral, endodoncia, periodoncia u odontología pediátrica, y que debe ser autorizada con anticipación por escrito por Delta Dental.

**Tratamiento en curso** se refiere a un único procedimiento odontológico, según se define en el Código del Nomenclador Dental Actual (CDT por sus siglas en inglés), iniciado durante el periodo de elegibilidad del afiliado para recibir beneficios, y para el cual se requieren varias consultas a fin de completar el procedimiento correspondiente, independientemente de que el afiliado continúe siendo elegible o no para recibir estos beneficios a través del plan de DeltaCare USA. Algunos ejemplos incluyen: dientes preparados para la colocación de coronas, conductos radiculares donde se hubiera determinado la longitud de trabajo, dentaduras postizas parciales o completas para las cuales se hubiera tomado alguna impresión.

**Nosotros, nuestro** se refiere a Delta Dental of California o al administrador como corresponda.

## **Elegibilidad de beneficios**

Las personas elegibles deberán incluir a todos los afiliados de CCHP con cobertura odontológica, según lo establecido por dicho CCHP.

## **Tarifas y primas prepagadas**

Este Programa requiere que se nos pague primas. Si usted debiera efectuar el pago de una parte o de la totalidad de las primas, se le informará el monto correspondiente antes de la inscripción y se le pedirá que nos pague directamente. CCHP será responsable de enviarnos todos los pagos de las primas, excepto aquellas sumas que usted hubiera solicitado pagar en forma directa.

## **Cómo utilizar el Programa de DeltaCare USA - elección de un dentista contratado**

Para inscribirse en este Programa, debe escoger a un dentista contratado de la lista de dentistas que se le da durante el proceso de inscripción. Si no selecciona a un dentista contratado o el dentista seleccionado no está disponible, le pediremos que escoja a otro dentista contratado o le asignaremos uno. Pueden solicitar que lo atienda un dentista contratado distinto al que le asignaron solicitándolo al departamento de Servicio al Cliente al 866-247-2486 de lunes a viernes de 5 a.m. a 6 p.m. hora del Pacífico (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-735-2929). Para asegurarse de que se notifique a su dentista contratado y de que nuestras listas de elegibilidad sean correctas, debe solicitarse el cambio de dentista contratado antes del día 21 del mes para que el cambio sea efectivo el primer día del mes siguiente.

Poco después de la inscripción recibirá un paquete para los afiliados de DeltaCare USA que le informa el día efectivo de su Programa y la dirección y teléfono de su dentista contratado. Después de la fecha en vigor de paquete del afiliados, podrá obtener servicios dentales que son beneficios. Para hacer una cita sólo llame al consultorio del dentista contratado e identifíquese como afiliado de DeltaCare USA a través de CCHP. Las visitas iniciales deben programarse dentro de las cuatro semanas a menos que se haya solicitado fechas específicas. Las preguntas respecto a disponibilidad de citas y acceso a los dentistas deben dirigirse al Departamento de Servicio al Cliente al 866-247-2486 de lunes a viernes de 5 a.m. a 6 p.m. hora del Pacífico (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-735-2929).

CADA AFILIADO DEBE ACUDIR AL DENTISTA CONTRATADO ASIGNADO PARA RECIBIR SERVICIOS CUBIERTOS, EXCEPTO POR SERVICIOS PROPORCIONADOS POR UNA ESPECIALISTA PREAUTORIZADO POR ESCRITO POR DELTA DENTAL, O POR SERVICIOS DE EMERGENCIA COMO SE DISPONE EN *SERVICIOS DE EMERGENCIA*. CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO NO ES CUBIERTO SEGÚN ESTE PROGRAMA.

Si el acuerdo con el dentista asignado acaba con Delta Dental, el dentista contratado debe completar (a) una dentadura parcial o total para la cual se han tomado las impresiones finales, y (b) todo el trabajo en cada diente en el se ha iniciado trabajo (como terminar tratamientos de conducto en progreso y entrega de coronas para las cuales se han preparado las piezas dentarias).

## **Continuidad de atención**

Afiliados actuales:

Pueden tener derecho al beneficio de completar su atención con el dentista que ha dejado el plan para ciertas condiciones dentales especificadas. Llame al departamento de Servicio al Cliente al 866-247-2486 de lunes a viernes de 5 a.m. a 6 p.m. hora del Pacífico (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-735-2929) para ver si es elegible para este beneficio. Pueden pedir una copia de nuestra política de continuación de atención. Debe hacer una solicitud específica para continuar bajo la atención del dentista que ha dejado el plan. No está obligado a continuar su atención con ese dentista si no es elegible bajo nuestra política o si no podemos llegar a un acuerdo con el dentista respecto a los términos de su atención de acuerdo a la ley de California.

Nuevos afiliados:

Pueden tener derecho al beneficio de completar su atención con un dentista ajeno a la red para ciertas condiciones dentales especificadas. Llame al departamento de Servicio al Cliente al 866-247-2486 de lunes a viernes de 5 a.m. a 6 p.m. hora del Pacífico (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-735-2929) para ver si es elegible para este beneficio. Pueden pedir una copia de nuestra política de continuación de atención. Debe hacer una solicitud específica para continuar bajo la atención del dentista actual. No está obligado a continuar su atención con ese dentista si no es elegible bajo nuestra política o si no podemos

llegar a un acuerdo con el dentista respecto a los términos de su atención de acuerdo a la ley de California. Esta política no se aplica a nuevos afiliados de un contrato de suscriptor individual.

## **Necesidades especiales**

Si un afiliado considera que tiene necesidad de atención médica especial, deberá comunicarse con el departamento de Servicio al Cliente al 866-247-2486 de lunes a viernes de 5 am a 6 pm, hora del Pacífico (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-735-2929). Delta Dental confirmará la existencia de dicha necesidad y las gestiones a realizar para asistir al afiliado en la obtención de los beneficios correspondientes. Delta Dental no será responsable por la falta de cualquier dentista contratado de cumplir con cualquier ley o regulaciones respecto a requisitos estructurales en el consultorio que se aplican a dentistas que tratan a personas con necesidades especiales de atención de salud.

## **Acceso a las instalaciones**

Muchas de las oficinas brindan información a Delta Dental sobre características especiales en sus oficinas, que incluyen información de acceso para pacientes con problemas de movilidad. Para obtener información acerca de la facilidad de acceso a dichos establecimientos, comuníquese con el departamento de 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/TDD deben llamar al 1-800-735-2929).

## **Beneficios, limitaciones y exclusiones**

Este Programa provee los beneficios descritos en *Descripción de beneficios y copagos* sujetos a las limitaciones y exclusiones. Los servicios se brindan como lo estime apropiado su dentista tratante contratado. Un dentista contratado pueden proveer servicios en forma personal o por medio de dentistas asociados, técnicos o higienistas que puedenn realizar los servicios de acuerdo a ley.

## **Copagos y otros cargos**

Se requiere que pague cualquier copago detallado en la *Descripción de beneficios y copagos* en forma directa al dentista que brinda el tratamiento. Los cargos por citas a las que no se acude (a menos que el dentista sea notificado por los menos con 24 horas de anticipación o en caso de que una emergencia le impidiese dar la notificación), y los cargos por consultas después de horas de atención al público se

detallan en la *Descripción de beneficios y copagos*.

## **Servicios de emergencia**

Si se necesitan servicios de emergencia, debe ponerse en contacto con su dentista contratado cuando sea posible. Si usted es un afiliado nuevo pero aún no tiene asignado a un dentista contratado, póngase en contacto con el Departamento de Servicio al Cliente de Delta Dental llamando al 866-247-2486 de lunes a viernes de 5 a.m. a 6 p.m., hora del Pacífico (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-735-2929) para pedir ayuda en ubicar a un dentista contratado. Los beneficios para servicios de emergencia por un dentista ajeno a la red son limitados a atención necesaria para estabilizar su condición y/o proveer atención paliativa cuando:

- 1) ha hecho varios intentos razonables para contactar al dentista contratado y el dentista contratado no está disponible o no pueden verlo dentro de 24 horas después de hacer contacto; o
- 2) ha hecho un intento razonable para contactar a Delta Dental antes de recibir servicios de emergencia, o es razonable que usted tenga acceso a servicios de emergencia sin el contacto previo con Delta Dental; o
- 3) cree en forma razonable que su condición hace que sea inapropiado que viaje hasta el dentista contratado desde el punto de vista dental o médico para recibir los servicios de emergencia.

Los beneficios de servicios de emergencia no proporcionados por un dentista contratado están limitados a un máximo de \$100.00 por emergencia, por afiliado, menos el copago correspondiente. Si se excede el máximo, o no se cumplen con las condiciones mencionadas anteriormente, usted es responsable por cualquier cargo por servicios brindados por un proveedor que no es su dentista contratado.

## **Servicios de especialistas**

Los servicios de especialistas deben ser derivados por el dentista contratado asignado y autorizado previamente por escrito por Delta Dental. Todos los servicios de especialistas autorizados serán pagados por nosotros excepto los copagos correspondientes. Si un afiliado es asignado a una clínica dental universitaria para servicios

del especialista, esos pueden ser proporcionados por un dentista, un estudiante de odontología, un profesional clínico, o un instructor dental.

## **Segunda opinión**

Usted pueden solicitar una segunda opinión si no está de acuerdo o cuestiona el diagnóstico y/o la determinación del plan de tratamiento realizado por el dentista contratado. Delta Dental también pueden solicitar que obtenga una segunda opinión para verificar la necesidad y lo apropiado del tratamiento dental o aplicación de beneficios

Las segundas opiniones serán brindadas por un dentista licenciado en forma oportuna y apropiada con la naturaleza de su condición. Las solicitudes que involucran casos de amenaza seria e inminente a la salud serán aceleradas (la autorización aprobada o denegada dentro de 72 horas de recepción de la solicitud será, cuando sea posible). Para recibir ayuda o información adicional respecto a los procedimientos y marcos de tiempo para las autorizaciones de una segunda opinión, póngase en contacto con el departamento de Servicio al cliente llamando al

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

Las segundas opiniones se recibirán en el establecimiento de otro dentista contratado, a menos que sea autorizado de otro modo por Delta Dental. Delta Dental autorizará una segunda opinión por un proveedor ajeno a la red si no hay disponible un dentista contratado debidamente calificado. Delta Dental sólo pagará por una segunda opinión que Delta Dental ha aprobado o autorizado. Se le enviará una notificación por escrito si Delta Dental decide no autorizar una segunda opinión. Si usted no está de acuerdo con esta determinación, podrá presentar una apelación ante CCHP. Consulte las páginas 7 al 10 para obtener información sobre Procedimientos de Apelaciones.

## **Reclamaciones de reembolso**

Los reclamos por servicios de emergencia cubiertos o servicios de especialistas autorizados previamente deberán ser presentados a Delta Dental dentro de 90 días del término del tratamiento. Las reclamaciones válidas recibidas después del periodo de 90 días serán revisadas si usted pueden demostrar que no fue razonablemente

posible presentarla dentro de ese tiempo. La dirección para la presentación es: Claims Department, P.O. Box 1810, Alpharetta, GA 30023.

## **Compensación al proveedor**

Un dentista contratado es compensado por Delta Dental mediante capitación mensual (un monto basado en el número de inscritos asignados al dentista) y por los copagos requeridos de los afiliados por tratamientos recibidos. Un especialista contratado es compensado por Delta Dental mediante un monto acordado por cada procedimiento cubierto, menos el copago aplicable pagado por el afiliado. En ningún caso Delta Dental paga incentivos al dentista contratado o al especialista como estímulo para denegar, reducir, limitar o posponer cualquier tratamiento apropiado.

En el caso que no paguemos al dentista contratado, usted no será responsable ante el dentista por los montos que le debemos. Por ley, el contrato de proveedor de DeltaCare USA contiene una disposición que prohíbe al dentista contratado cobrarle al inscrito por cualquier monto que debe Delta Dental. Excepto por las disposiciones en *Servicios de Emergencia*, si usted no ha recibido una autorización previa para tratamiento de un dentista ajeno a la red, y no le pagamos a este dentista ajeno a la red, usted pueden ser responsable ante el dentista por los costos de servicios.

**Pueden obtener más información respecto a compensación llamando a Delta Dental al teléfono gratis que se muestra en la parte posterior del folleto.**

## **Políticas de procesamiento**

Las pautas de atención dental del Programa DeltaCare USA explican a los dentistas contratados qué servicios están cubiertos de acuerdo al contrato dental. Los dentistas contratados usarán su criterio profesional para determinar qué servicios son apropiados para el afiliado. Los servicios realizados por los dentistas contratados que caen en el ámbito de beneficios de programa dental son proporcionados sujeto a cualquier copago. Si el dentista contratado cree que el afiliado debe buscar tratamiento de un especialista, el dentista contratado se pone en contacto con Delta Dental para obtener una determinación si el tratamiento propuesto es un beneficio cubierto. Delta Dental también determina si el tratamiento propuesto requiere tratamiento

de un especialista. El afiliado pueden ponerse en contacto con el departamento de Servicio al cliente de Delta Dental llamando al 866-247-2486 de lunes a viernes de 5 a.m. a 6 p.m., hora del Pacífico (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-735-2929) para obtener información respecto a las pautas de atención dental de DeltaCare USA.

## **Coordinación de beneficios**

Este Programa brinda beneficios sin importar la cobertura de otra póliza de seguro en grupo o cualquier otro Programa de beneficios de salud en grupo si la otra póliza o Programa cubre servicios o gastos además de atención dental. De otro modo, los beneficios provistos de acuerdo a este Programa por especialistas o dentistas ajenos a la red son coordinados con dichas póliza de seguro dental en grupo o cualquier otro Programa de beneficios dentales. La determinación de cuál póliza o programa es la principal deberá ser gobernada por las reglas establecidas en el contrato.

Si este plan es el secundario, pagará el menor de:

- la cantidad que hubiera pagado ante la falta de cualquier otra cobertura de beneficio dental, o
- el costo de bolsillo total directo del afiliado que tiene que pagar en virtud del plan de beneficio dental primario, siempre y cuando los beneficios estén cubiertos por este plan.

Un afiliado debe proveer a Delta Dental y Delta Dental debe ceder u obtener de cualquier compañía de seguro u otra organización cualquier información sobre el afiliado que se necesita para administrar la coordinación de beneficios. Delta Dental deberá, a su propio criterio, determinar si cualquier reembolso a una compañía de seguros u otra organización es válido bajo estas circunstancias de estipulaciones de beneficios, y si dicho reembolso pagado debe considerarse como beneficios de acuerdo a este contrato. Delta Dental estará facultada para reclamar al dentista, afiliado, compañía de seguros o cualquier otra organización el monto por concepto de cualquier beneficio que ésta hubiera pagado y que trascendiera su obligación, en virtud de las disposiciones sobre la coordinación de beneficios.

## **Proceso de queja y apelación**

Nuestro compromiso con usted es no sólo asegurarle la calidad de la atención, sino también la calidad en el proceso del tratamiento. Esta calidad del tratamiento se extiende desde los servicios profesionales proporcionados por los dentistas de la red, hasta la calidad de atención proporcionada por nuestros representantes telefónicos. Si tiene cualquier pregunta o queja relacionada con la elegibilidad, la denegación de servicios dentales o reclamaciones, las políticas, procedimientos u operaciones de Delta Dental, o la calidad de servicios prestados por un dentista contratado, tiene el derecho de presentar una solicitud de queja o apelación a CCHP. Consulte el folleto de Evidencia de Cobertura de CCHP para obtener información sobre el proceso de queja, o contacte a CCHP al número impreso en su tarjeta de identificación de CCHP. Para cualquier pregunta llame al: Servicios para afiliados de CCHP: 415-834-2118 de 8am-8pm, 7 días a la semana.

## **Participación de la política pública por parte del afiliado**

La Junta Directiva de Delta Dental incluye a los afiliados que participan en el establecimiento de la política pública de Delta Dental relativa a los afiliados por medio de evaluaciones periódicas de un Programa de evaluación de calidad y comunicaciones de los afiliados. Los afiliados pueden enviar por escrito sugerencias respecto a la política pública de Delta Dental a: Customer Service department, P.O. Box 1803, Alpharetta, GA 30023.

## **Renovación y término de beneficios**

El Programa se renueva en el aniversario del término del contrato a menos que proporcionemos una notificación de un cambio en las primas o beneficios y el cliente no acepte el cambio. Todos los beneficios de un afiliado finalizan en la fecha de expiración del Programa, tal persona deja de ser elegible bajo los términos de este programa, o la inscripción de dicha persona es cancelada bajo los términos de este programa. No estamos obligados a continuar brindando beneficios a dichas personas en tal caso, excepto para terminar con un solo servicio que se inició mientras el Programa estaba vigente.

## **Cancelación de inscripción**

Para ser elegible para los Beneficios bajo este plan dental, debe de estar inscrito en uno de los planes de salud o productos disponibles a través de CCHP. Si pierde su elegibilidad o si finaliza su inscripción bajo su plan del CCHP, no será elegible para recibir beneficios bajo este plan. Consulte el folleto de Evidencia de Cobertura de CCHP para los términos y condiciones de su inscripción.

## 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<sup>®</sup> 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.**

<u>Código</u>	<u>Descripción</u>	<u>El afiliado paga</u>
<b>D0100-D0999</b>	<b>I. DIAGNÓSTICO</b>	
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 sensitividad .....	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</i> <i>(además de otros servicios)</i> .....	Sin costo

## **D1000-D1999      II. SERVICIOS PREVENTIVOS**

D1110	Profilaxis, limpieza – adulto – <i>1 por periodo</i> <i>de 6 meses</i> .....	Sin costo
D1110	<i>Limpieza profiláctica adicional - adulto</i> <i>(dentro de un periodo de 6 meses)</i> .....	\$45.00
D1120	Profilaxis, limpieza – niño – <i>1 por periodo</i> <i>de 6 meses</i> .....	Sin costo
D1120	<i>Limpieza profiláctica adicional -</i> <i>adulto (dentro de un periodo de 6 meses)</i> .....	\$35.00
D1203	Aplicación tópica de fluoruro – <i>niño a 19 años;</i> <i>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 – <i>poste con base de metal; incluye preparación de conducto</i> .....	\$80.00
D2957	Cada perno adicional prefabricado - mismo diente -	

	<i>poste con base de metal; 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 (limitado a 1 tratamiento cada 6 meses) .....	\$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) - 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. 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)**

- Cuando un tratamiento coronal o pónico incluya más [puente] 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	Póntico – de molde con metal altamente noble .....	\$380.00
D6211	Póntico – de molde predominantemente con base de metal.....	\$280.00
D6212	Póntico – de molde con metal noble .....	\$320.00
D6240	Póntico – porcelana fundida con metal altamente noble.....	\$380.00
D6241	Póntico – porcelana fundida con base predominantemente de metal.....	\$280.00
D6242	Póntico – porcelana fundida con metal noble.....	\$320.00
D6245	Póntico - porcelana/cerámica.....	\$380.00
D6250	Póntico – resina con metal altamente noble.....	\$320.00
D6251	Póntico – resina predominantemente con base de metal.....	\$220.00
D6252	Póntico – 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 – $\frac{3}{4}$ colada con metal altamente noble .....	\$380.00
D6781	Corona – $\frac{3}{4}$ colada predominantemente con base de metal.....	\$280.00
D6782	Corona – $\frac{3}{4}$ colada de metal noble.....	\$320.00
D6783	Corona - $\frac{3}{4}$ 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</i> ; <i>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 mucoperiósteo 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	Alveoloplastia en conjunción con extracciones - cuatro o más dientes o espacios interdentes, por cuadrante .....	\$85.00
D7311	Alveoloplastia con extracciones - 1 a 3 dientes o espacios interdentes, por cuadrante .....	\$85.00
D7320	Alveoloplastia sin extracciones - 4 o más dientes o espacios interdentes - por cuadrante.....	\$100.00
D7321	Alveoloplastia 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 incluidos 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 <i>retenedores 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, pónicos 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 adedañas, 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.

Si tiene dudas, o si requiere información, adicional, llame o escribanos:

Línea gratis  
800-422-4234

Delta Dental of California  
17871 Park Plaza Dr., Suite 200  
Cerritos, CA 90703

**IMPORTANT:** Can you read this document? If not, we can have somebody help you read it. For free help, please call Delta Dental at 1-866-247-2486 Monday through Friday between 5 a.m. and 6 p.m. Pacific time. You may also be able to receive this document in Spanish or Chinese. TTY/TDD users call 800-735-2929.

**IMPORTANTE:** ¿Pueden leer este documento? Si no, podemos ayudarle. Para obtener ayuda gratis, llame a Delta Dental al 1-866-247-2486, de lunes a viernes, de 5:00 a. m. a 6:00 p.m., hora del Pacífico. También pueden recibir este documento en español o chino. Usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-800-735-2929.

**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 1-866-247-2486，服務時間為太平洋地區標準時間週一至週五早上5點至下午6點。您也能取得這份文件的西班牙文或中文譯本。TTY/TDD專線使用者請撥1-800-735-2929。