

# Siga sonriendo

DeltaCare<sup>®</sup> USA

Proporcionado por  
Alpha Dental of Arizona, Inc.



## ¡Obtener beneficios dentales es más fácil!

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

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

## Un aliado para la salud bucal

Su plan de DeltaCare USA promueve el cuidado dental regular con una extensa lista de servicios.

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

## Costos económicos

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

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

## Servicios prácticos

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

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

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

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

<sup>2</sup> Antes de cada cita, verifique que el dentista sea su dentista seleccionado de atención primaria de DeltaCare USA.

<sup>3</sup> Los planes con una cláusula de lesión accidental tienen un límite máximo anual de \$1,600 por lesión accidental. Consulte su Evidencia o Certificado de Cobertura.



Asegure su sonrisa<sup>®</sup>  
[es.deltadentalins.com/enrollee](http://es.deltadentalins.com/enrollee)

# Preguntas frecuentes

## Lo que debe saber acerca de su plan de DeltaCare USA

### Cómo comenzar

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

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

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

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

- **El nombre, la dirección y el número telefónico del dentista de cuidado primario seleccionado:** simplemente llame al centro dental y haga una cita.  
**Nota importante:** Para recibir los beneficios de acuerdo con su plan, debe consultar con su dentista de cuidado primario de la red para recibir todos los servicios. Si necesita recibir tratamiento por parte de un especialista, su dentista de cuidado primario coordinará su referido. Puede contactarnos para cambiar de dentista de cuidado primario.
- **Su Evidencia o Certificado de cobertura (folleto del plan):** este útil documento incluye una descripción minuciosa sobre cómo usar sus beneficios, incluidos los servicios cubiertos, los copagos y cualquier limitación y exclusión del plan.
- **Una tarjeta de identificación:** esta tarjeta es solamente para sus registros, no necesita mostrarla para recibir tratamiento.

#### 3. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una cita con mi dentista de cuidado primario?

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

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

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

### Cómo elegir un dentista

#### 5. ¿Cómo elijo mi dentista de cuidado primario?

Al momento de inscribirse, debe seleccionar un dentista de cuidado primario de la red de DeltaCare USA. Para buscar un dentista, use la herramienta "Find a Dentist" (Busque un dentista) de [es.deltadentalins.com](https://es.deltadentalins.com) y seleccione la red DeltaCare USA. Si no elige un dentista al inscribirse, nosotros elegiremos uno por usted.

#### 6. ¿Todos mis familiares deben escoger el mismo dentista de cuidado primario?

No. Cada miembro de la familia puede seleccionar su propio dentista de cuidado primario de la red.

#### 7. ¿Puedo cambiar de dentista de cuidado primario?

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

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

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

<sup>1</sup> En Texas, tres semanas es un periodo razonable para esperar una cita de rutina que no sea urgente. En Texas, no hay límite para la cantidad de millas o para la cantidad en dólares por emergencia.

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

Si necesita atención dental especializada, como cirugía bucal, endodoncia, periodoncia u odontología pediátrica, contacte a su dentista de cuidado primario para solicitar un referido. Debemos autorizar los servicios dentales especializados que no proporcione su dentista seleccionado de cuidado primario. Usted es responsable de cualquier copago que se aplique.

## Información general sobre el plan

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

Usted y sus dependientes elegibles tienen cobertura fuera del área para emergencias dentales si están a más de 35 millas<sup>2</sup> de su dentista de cuidado primario. Su beneficio de emergencias fuera del área (normalmente limitado a \$100 por persona<sup>3</sup>) es para servicios que alivien el dolor hasta que pueda regresar con su dentista de cuidado primario de la red. Es posible que se apliquen las limitaciones, las exclusiones y los copagos estándar del plan.

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

Sí. Visite [es.deltadentalins.com](http://es.deltadentalins.com) para crear una cuenta en línea gratuita y segura. Puede tener acceso a sus beneficios del plan y a su tarjeta de identificación, elegir (o cambiar) su dentista de cuidado primario y más.

### 12. ¿Mi plan cubre enfermedades preexistentes? ¿Qué pasa con los tratamientos que están en curso?

Su plan cubre el tratamiento para enfermedades preexistentes (excepto trabajos en curso<sup>3</sup>), incluidos los dientes faltantes o extraídos. El tratamiento en curso incluye servicios como preparaciones para

coronas o conductos radiculares, o impresiones para dentaduras postizas. Si comenzó el tratamiento antes de la fecha de entrada en vigencia de su plan, usted y su compañía de seguro dental anterior son responsables de cualquier costo. Es posible que algunos planes de DeltaCare USA cubran el tratamiento de ortodoncia en curso.

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

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

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

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

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

Contáctenos para obtener más ayuda. Nuestros representantes de Servicio al Cliente pueden responder preguntas sobre los beneficios y ayudarlo a cambiar de dentista de cuidado primario o coordinar referencias de atención de urgencia. Consulte la contratapa de este folleto para obtener nuestra información de contacto.

<sup>2</sup>En Texas, no hay límite para la cantidad de millas o para la cantidad en dólares por emergencia.

<sup>3</sup>En Texas, no hay excepción para el trabajo en curso para los beneficios cubiertos de DeltaCare USA.

# ¡Se lo hacemos fácil!



Elija un dentista de DeltaCare USA



Reciba su documentación de bienvenida



Programe una cita



Reciba cuidados dentales



Pague sólo lo que le corresponde al dentista

## ANEXO A

## Descripción de Beneficios y Copagos

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

El texto en *itálica* que aparece más abajo tiene como objetivo aclarar los detalles de la prestación de servicios dentro del programa DeltaCare USA, y no deberá interpretarse como códigos de procedimiento del Nomenclador Dental Actual (CDT por sus siglas en inglés) de 2019, como descriptores ni como nomenclatura de ningún tipo, los cuales se encuentran protegidos por los derechos de propiedad intelectual de la Asociación Dental Americana. Es posible que ésta modifique los códigos del CDT o las definiciones periódicamente. Las versiones actualizadas de dichos códigos, descriptores y nomenclatura pueden utilizarse para describir los procedimientos que se llevan a cabo de acuerdo con la legislación federal.

AFILIADO PAGACÓDIGO DESCRIPCIÓN

## D0100-D0999 I. DIAGNÓSTICO

D0120	Evaluación oral periódica: paciente establecido .....	Sin Costo
D0140	Examen oral limitado - problema específico .....	Sin Costo
D0145	Evaluación oral para paciente menor a 3 años de edad y orientación a través de un prestador primario de salud .....	Sin Costo
D0150	Examen oral completo - paciente nuevo o regular .....	Sin Costo
D0160	Examen oral detallado - problema específico, por informe .....	Sin Costo
D0170	Reevaluación - limitado, problema específico (paciente regular; no es consulta postoperatoria) ....	Sin Costo
D0171	Reevaluación - visita al consultorio postoperatoria .....	Sin Costo
D0180	Examen periodontal completo - paciente nuevo o regular .....	\$40.00
D0190	Examen de un paciente .....	Sin Costo
D0191	Evaluación de un paciente .....	Sin Costo
D0210	intraoral - serie completa de radiografías - <i>limitado a 1 serie cada 24 meses o con mayor frecuencia si es necesario desde el punto de vista medico</i> .....	Sin Costo
D0220	intraoral - primera radiografía periapical .....	Sin Costo
D0230	intraoral - cada radiografía periapical adicional .....	Sin Costo
D0240	intraoral - radiografía oclusal .....	Sin Costo
D0270	rayos-X de mordida - radiografía única .....	Sin Costo
D0272	rayos-X de mordida - dos radiografías .....	Sin Costo
D0273	rayos-X de mordida - tres radiografías .....	Sin Costo
D0274	rayos-X de mordida - cuatro radiografías - <i>limitado a 1 serie cada 6 meses o con mayor frecuencia si es necesario desde el punto de vista medico</i> .....	Sin Costo
D0277	rayos-X de mordida verticales - de 7 a 8 radiografías .....	Sin Costo
D0330	radiografía panorámica .....	Sin Costo
D0431	Prueba prediagnóstica complementaria que ayuda a detectar anomalías mucosas, que incluyen lesiones premalignas y malignas, pero no incluyen procedimientos de citología o biopsia. ....	\$50.00
D0460	Pruebas de vitalidad de la pulpa .....	\$11.00
D0470	Moldes dentales para diagnóstico .....	Sin Costo
D0472	Excisión de tejido, examen general, preparación y presentación de diagnóstico escrito .....	Sin Costo
D0473	Excisión de tejido, examen general y microscópico, preparación y presentación de diagnóstico escrito .....	Sin Costo
D0474	Excisión de tejido, examen general y microscópico, incluye la evaluación de márgenes quirúrgicos para detección de enfermedades y la preparación y presentación de diagnóstico escrito .....	Sin Costo
D0601	Evaluación y documentación de riesgo de caries con resultados de bajo riesgo .....	Sin Costo
D0602	Evaluación y documentación de riesgo de caries con resultados de riesgo moderado .....	Sin Costo
D0603	Evaluación y documentación de riesgo de caries con resultados de alto riesgo .....	Sin Costo
D0999	Procedimiento de diagnóstico no especificado, por informe - <i>incluye visita al consultorio, por consulta (además de otros servicios)</i> .....	Sin Costo

## D1000-D1999

## II. PREVENCIÓN

D1110	Limpieza <i>profiláctica</i> - adultos - <i>limitado a 2 D1110, D1120 o D4346 por año calendario</i> .....	Sin Costo
D1110	<i>Limpieza profiláctica adicional</i> - adultos ( <i>dentro del período de 12 meses</i> ) .....	\$45.00
D1120	Limpieza <i>profiláctica</i> - niños - <i>limitado a 2 D1110, D1120 o D4346 por año calendario</i> .....	Sin Costo
D1120	<i>Limpieza profiláctica adicional</i> - niños ( <i>dentro del período de 12 meses</i> ) .....	\$30.00
D1206	Aplicación tópica de fluoruro o barniz - <i>niños hasta los 19 años; 2 D1206 o D1208 cada 12 meses o con mayor frecuencia si es necesario desde el punto de vista medico</i> .....	Sin Costo
D1208	Aplicación tópica de fluoruro - <i>excluyendo el barniz - niños hasta los 19 años; 2 D1206 o D1208 cada 12 meses o con mayor frecuencia si es necesario desde el punto de vista medico</i> .....	Sin Costo
D1330	Instrucciones para una correcta higiene oral .....	Sin Costo
D1351	Sellador - por pieza dentaria .....	\$15.00
D1352	Restauración preventiva de una resina en un paciente con riesgo de caries medio a elevado - diente permanente .....	\$15.00
D1353	Reparación con sellador - por diente .....	\$15.00
D1354	Aplicación de medicamento para detener caries provisional - por diente .....	Sin Costo
D1510	Mantenedor de espacio - fijo - unilateral .....	\$95.00
D1516	Separador - fijo - bilateral, maxilar .....	\$155.00
D1517	Separador - fijo - bilateral, mandibular .....	\$155.00
D1520	Mantenedor de espacio - removible - unilateral .....	\$95.00
D1526	Separador - extraíble - bilateral, maxilar .....	\$155.00
D1527	Separador - extraíble - bilateral, mandibular .....	\$155.00
D1550	Volver a cementar o pegar separador .....	\$40.00
D1555	Extracción de espaciador fijo .....	Sin Costo
D1575	Separador de calzado distal - fijo - unilateral .....	\$95.00

## D2000-D2999

## III. RESTAURACIÓN

- Incluye pulido, adhesivos y demás agentes de enlace, pulpotomía indirecta, bases, recubrimientos y procedimientos de grabado ácido.

- Cuando el tratamiento incluya más de 6 coronas, es posible que el miembro deba abonar un monto adicional de \$130.00 por cada pieza adicional a partir de la sexta unidad.

- El reemplazo de coronas y de restauraciones rígidas (inlays y outlays) requiere que la restauración actual tenga una antigüedad mínima de 5 años.

D2140	Amalgama - 1 superficie, primaria o permanente .....	\$16.00
D2150	Amalgama - 2 superficies, primaria o permanente .....	\$21.00
D2160	Amalgama - 3 superficies, primaria o permanente .....	\$26.00
D2161	Amalgama - 4 superficies, primaria o permanente .....	\$32.00
D2330	Empaste a base de resina - 1 superficie, anterior .....	\$21.00
D2331	Empaste a base de resina - 2 superficies, anterior .....	\$26.00
D2332	Empaste a base de resina - 3 superficies, anterior .....	\$32.00
D2335	Empaste a base de resina - 4 superficies o más, puede incluir ángulo incisal (anterior) .....	\$80.00
D2390	Corona con a base de resina, anterior .....	\$105.00
D2391	Empaste a base de resina - 1 superficie, posterior .....	\$42.00
D2392	Empaste a base de resina - 2 superficies, posteriores .....	\$53.00
D2393	Empaste a base de resina - 3 o más superficies, posteriores .....	\$74.00
D2394	Empaste a base de resina - 4 superficies o más, posteriores .....	\$100.00
D2510	Inlay - metálico - 1 superficie .....	\$410.00
D2520	Inlay - metálico - 2 superficies .....	\$410.00
D2530	Inlay - metálico - 3 superficies o más .....	\$410.00
D2542	Onlay - metálico - 2 superficies .....	\$470.00
D2543	Onlay - metálico - 3 superficies .....	\$470.00
D2544	Onlay - metálico - 4 superficies o más .....	\$470.00
D2710	Corona - a base de resina (indirecto) .....	\$250.00
D2712	Corona - 3/4 a base de resina (indirecto) .....	\$250.00
D2720	Corona - resina con metal muy noble .....	\$460.00
D2721	Corona - resina con metal basico predominantemente .....	\$405.00
D2722	Corona - resina con metal noble .....	\$430.00
D2740	Corona - porcelana/cerámica .....	\$505.00



D2750	Corona - porcelana fundido con metal muy noble .....	\$460.00
D2751	Corona - porcelana fundido con metal basico predominantemente .....	\$405.00
D2752	Corona - porcelana fundido con metal noble .....	\$430.00
D2780	Corona - 3/4 de recubrimiento con metal muy noble .....	\$460.00
D2781	Corona - 3/4 de recubrimiento con base principalmente de metal .....	\$405.00
D2782	Corona - 3/4 de recubrimiento con metal noble .....	\$430.00
D2790	Corona - recubrimiento completo con metal muy noble .....	\$460.00
D2791	Corona - recubrimiento completo con metal basico predominantemente .....	\$405.00
D2792	Corona - recubrimiento completo con metal noble .....	\$430.00
D2794	Corona - titanio .....	\$460.00
D2799	Corona provisional - se requiere tratamiento adicional o completar el diagnóstico antes de las impresiones finales .....	\$95.00
D2910	Volver a cementar o pegar incrustación inlay, restauración onlay, recubrimiento o restauración de cobertura parcial .....	\$41.00
D2915	Volver a cementar o pegar perno-muñón indirectamente fabricado o prefabricado .....	\$41.00
D2920	Volver a cementar o pegar corona .....	\$41.00
D2921	Reinserción de fragmento de diente, borde incisivo o cúspide ( <i>anterior</i> ) .....	\$80.00
D2929	Corona prefabricada de porcelana/cerámica - diente primario - <i>anterior</i> .....	\$98.00
D2930	Corona preformada de acero inoxidable - diente primario .....	\$98.00
D2931	Corona preformada de acero inoxidable - diente permanente .....	\$98.00
D2932	Corona de resina prefabricada - <i>diente primario anterior</i> .....	\$120.00
D2933	Corona preformada de acero inoxidable con ventana de resina - <i>diente primario anterior</i> .....	\$145.00
D2934	Corona estética prefabricada de acero inoxidable - diente primario .....	\$145.00
D2940	Restauración protectora .....	\$13.00
D2941	Restauración terapéutica temporal - dentición primaria .....	\$13.00
D2949	Fundación restauradora de una restauración indirecta .....	\$98.00
D2950	Reconstrucción de muñón, incluyendo las clavijas necesarias .....	\$98.00
D2951	Fijación de pines - por diente, además de restauración .....	\$21.00
D2952	Perno y núcleo preformados además de la corona, fabricados indirectamente - <i>incluye preparación de conducto</i> .....	\$155.00
D2954	Perno y núcleo preformados además de la corona - <i>perno con base de metal; incluye preparación del canal</i> .....	\$130.00
D2960	Cara labial (laminado de resina) - cara oclusal .....	\$95.00
D2990	Infiltración de resina de lesiones incipientes en la superficie lisa - <i>limitado a molares permanentes hasta 15 años</i> .....	\$15.00

**D3000-D3999****IV. ENDODONCIA**

D3110	Pulpotomía - directa (no incluye restauración final) .....	\$33.00
D3120	Pulpotomía - indirecta (no incluye restauración final) .....	\$33.00
D3220	Pulpotomía terapéutica (no incluye restauración final) - extracción de la pulpa coronal en la unión dentinoceamental y aplicación de medicamento .....	\$78.00
D3221	Biopulpectomía total, dientes primarios y permanentes .....	\$78.00
D3222	Pulpotomía parcial para apexogenesis - diente permanente con desarrollo incompleto de la raíz ...	\$78.00
D3310	<i>Endodoncia</i> tratamiento de canal radicular, dientes anteriores (sin restauración final) .....	\$315.00
D3320	<i>Endodoncia</i> , diente premolar (no incluye restauraciones finales) .....	\$370.00
D3330	<i>Endodoncia</i> , muela (no incluye restauraciones finales) .....	\$505.00
D3331	Tratamiento de obstrucción del conducto radicular; sin intervención quirúrgica .....	\$135.00
D3332	Terapia endodóntica incompleta; diente no operable ni reparable o fracturado .....	\$135.00
D3333	Restauración de perforaciones del piso de la cámara pulpar .....	\$135.00
D3346	Repetición de una terapia anterior del conducto radicular - anterior .....	\$420.00
D3347	Tratamiento posterior de conducto radicular previo - premolares .....	\$475.00
D3348	Repetición de una terapia anterior del conducto radicular - molar .....	\$605.00
D3410	Apicectomía - anterior .....	\$375.00
D3421	Apicectomía - premolar (primera raíz) .....	\$405.00
D3425	Apicectomía - molar (primer tratamiento) .....	\$430.00
D3426	Apicectomía (cada tratamiento adicional) .....	\$145.00
D3427	Cirugía perirradicular sin apicoectomía .....	\$375.00
D3430	Retratamiento de conducto - por raíz .....	\$100.00

**D4000-D4999 V. PERIODONCIA**

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

D4210	Gingivectomía o gingivoplastia - 4 o más dientes contiguos o espacios dentales vecinos por cuadrante .....	\$240.00
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia - 1 a 3 dientes contiguos o espacios dentales vecinos por cuadrante .....	\$120.00
D4212	Gingivectomía o gingivoplastia para hacer espacio para el procedimiento de restauración, por diente .....	\$120.00
D4240	Procedimiento de colgajo gingival, con alisado radicular - 4 o más dientes contiguos o espacios dentales vecinos por cuadrante .....	\$295.00
D4241	Procedimiento de colgajo gingival, con alisado radicular - 1 a 3 dientes contiguos o más o espacios dentales vecinos por cuadrante .....	\$155.00
D4245	Colgajo en posición apical .....	\$295.00
D4249	Alargamiento clínico de corona - tejido duro .....	\$325.00
D4260	Cirugía ósea (incluye elevación de un colgajo de grosor completo y cierre): cuatro o más espacios entre dientes consecutivos o delimitados por cuadrante .....	\$595.00
D4261	Cirugía ósea (incluye elevación de un colgajo de grosor completo y cierre): uno a tres espacios entre dientes consecutivos o delimitados por cuadrante .....	\$310.00
D4263	Injerto de reemplazo óseo - diente natural retenido - primer sitio en el cuadrante .....	\$290.00
D4264	Injerto de reemplazo óseo - diente natural retenido - cada sitio adicional en el cuadrante .....	\$225.00
D4266	Regeneración guiada de tejido - barrera reabsorbible, por cada superficie .....	\$380.00
D4267	Regeneración guiada de tejidos - barrera no reabsorbible, por cada superficie (incluye extracción de membrana) .....	\$430.00
D4270	Injerto tisular de pedículo blando .....	\$395.00
D4275	Injerto de tejido conectivo no autógeno (incluidos el sitio del receptor y el material del donante) primer diente, implante, o posición sin dientes en injerto .....	\$395.00
D4277	Procedimiento de injerto de tejido blando libre (incluidos los sitios quirúrgicos del receptor y del donante) primer diente, implante, o posición sin dientes en injerto .....	\$395.00
D4278	Procedimiento de injerto de tejido blando libre (incluidos los sitios quirúrgicos del receptor y del donante), cada diente contiguo adicional, implante o posición sin dientes en el mismo sitio del injerto .....	\$198.00
D4285	Procedimiento de injerto de tejido conectivo no autógeno (incluido el sitio quirúrgico del receptor y el material del donante - cada diente contiguo adicional, implante o posición sin dientes en el mismo sitio del injerto .....	\$237.00
D4341	Tartrectomía y alisado radicular - 4 dientes o más por cuadrante - <i>limitado a 4 cuadrantes durante un período de 12 meses consecutivos</i> .....	\$110.00
D4342	Tartrectomía y alisado radicular - 1 a 3 dientes por cuadrante - <i>limitado a 4 cuadrantes durante un período de 12 meses consecutivos</i> .....	\$61.00
D4346	Limpieza de sarro en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave (de toda la boca, después de la evaluación de la boca) - <i>limitado a 2 D1110, D1120 o D4346 por año calendario</i> .....	Sin Costo
D4355	Desbridamiento bucal completo para permitir una evaluación y un diagnóstico orales completos en la visita subsiguiente - <i>limitado a un tratamiento en un período de 12 meses consecutivos</i> .....	\$83.00
D4381	Entrega localizada de agentes quimioterapéuticos a través de un vehículo de liberación controlado hacia el interior de tejido crevicular enfermo, por pieza dentaria .....	\$45.00
D4910	Mantenimiento periodontal - <i>limitado a 2 por año calendario</i> .....	\$78.00
D4921	Irrigación gingival - por cuadrante .....	Sin Costo

**D5000-D5899 VI. PROSTODONCIA (removable)**

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

- Cada miembro tendrá derecho a un tratamiento de rebasado y acondicionamiento tisular por cada dentadura durante un período de 12 meses consecutivos.

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

D5110	Dentadura completa - maxilar .....	\$550.00
D5120	Dentadura completa - mandibular .....	\$550.00
D5130	Dentadura inmediata - maxilar .....	\$550.00

D5140	Dentadura inmediata - mandibular .....	\$550.00
D5211	Dentadura postiza parcial maxilar - base de resina (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes) .....	\$410.00
D5212	Dentadura postiza parcial mandibular - base de resina (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes) .....	\$410.00
D5213	Dentadura maxilar parcial - esqueleto de metal preformado con bases de resina para piezas dentarias (incluye retenedores, apoyos y dientes convencionales) .....	\$640.00
D5214	Dentadura mandibular parcial - esqueleto de metal preformado con bases de resina para piezas dentarias (incluye retenedores, apoyos y dientes convencionales) .....	\$640.00
D5221	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata - base de resina (incluidos dientes, apoyos y ganchos convencionales) .....	\$410.00
D5222	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata - base de resina (incluidos dientes, apoyos y ganchos convencionales) .....	\$410.00
D5223	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata - molde metálico con bases de resina para dentadura postiza (incluidos dientes, apoyos y ganchos convencionales) .....	\$640.00
D5224	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata - molde metálico con bases de resina para dentadura postiza (incluidos dientes, apoyos y ganchos convencionales) .....	\$640.00
D5225	Dentadura maxilar parcial - base flexible (incluye retenedores, apoyos y dientes) .....	\$410.00
D5226	Dentadura mandibular parcial - base flexible (incluye retenedores, apoyos y dientes) .....	\$410.00
D5410	Ajuste de dentadura completa - maxilar .....	\$33.00
D5411	Ajuste de dentadura completa - mandibular .....	\$33.00
D5421	Ajuste de dentadura parcial - maxilar .....	\$33.00
D5422	Ajuste de dentadura parcial - mandibular .....	\$33.00
D5511	Arreglo de la base rota de una dentadura postiza completa, mandibular .....	\$65.00
D5512	Arreglo de la base rota de una dentadura postiza completa, maxilar .....	\$65.00
D5520	Reemplazo de dientes fracturados o faltantes - dentadura completa (cada pieza dentaria) .....	\$65.00
D5611	Arreglo de la base de resina de una dentadura postiza parcial, mandibular .....	\$65.00
D5612	Arreglo de la base de resina de una dentadura postiza parcial, maxilar .....	\$65.00
D5630	Arreglo o reemplazo de gancho fracturado - por diente .....	\$82.00
D5640	Reemplazo de dientes fracturados - por diente .....	\$65.00
D5650	Agregado de piezas dentarias a dentadura parcial existente .....	\$65.00
D5660	Colocación de retenedores a dentadura parcial existente - por diente .....	\$82.00
D5710	Acondicionamiento de base de dentadura maxilar completa .....	\$195.00
D5711	Acondicionamiento de base de dentadura mandibular completa .....	\$195.00
D5720	Acondicionamiento de base de dentadura maxilar parcial .....	\$195.00
D5721	Acondicionamiento de base de dentadura mandibular parcial .....	\$195.00
D5730	Rebasado de dentadura maxilar completa (flancos) .....	\$115.00
D5731	Rebasado de dentadura mandibular completa (flancos) .....	\$115.00
D5740	Rebasado de dentadura maxilar parcial (flancos) .....	\$115.00
D5741	Rebasado de dentadura mandibular parcial (flancos) .....	\$115.00
D5750	Rebasado de dentadura maxilar completa (laboratorio) .....	\$170.00
D5751	Rebasado de dentadura mandibular completa (laboratorio) .....	\$170.00
D5760	Rebasado de dentadura maxilar parcial (laboratorio) .....	\$170.00
D5761	Rebasado de dentadura mandibular parcial (laboratorio) .....	\$170.00
D5810	Dentadura completa provisional (maxilar) .....	\$295.00
D5811	Dentadura completa provisional (mandibular) .....	\$295.00
D5820	Dentadura parcial temporal (maxilar) - <i>limitado a 1 mes dentro de un período de 12 meses consecutivos</i> .....	\$235.00
D5821	Dentadura parcial temporal (mandibular) - <i>limitado a 1 mes dentro de un período de 12 meses consecutivos</i> .....	\$235.00



<b>D5900-D5999</b>	<b>VII. PROESTÉTICA MAXILOFACIAL - Sin Cobertura</b>	
<b>D6000-D6199</b>	<b>VIII. SERVICIOS DE IMPLANTES - Sin cobertura</b>	
<b>D6200-D6999</b>	<b>IX. PROSTODONCIA, fija (cada retenedor y pónico constituyen una unidad en una dentadura parcial fija [puente])</b>	
	- Cuando un tratamiento coronal o pónico incluya más de 6 unidades, es posible que el miembro deba abonar un cargo adicional de \$130.00 por cada pieza adicional a partir de la sexta unidad.	
	- El reemplazo de una corona, puente, inlay, onlay o placas de descanso requiere que el puente existente tenga una antigüedad de 5 años.	
D6210	Puente - metal preformado muy noble .....	\$460.00
D6211	Puente - base preformada con metal basico predominantemente .....	\$405.00
D6212	Puente - metal preformado noble .....	\$430.00
D6214	Puente - titanio .....	\$460.00
D6240	Puente - porcelana fundido con metal muy noble .....	\$460.00
D6241	Puente - porcelana fundido con metal basico predominantemente .....	\$405.00
D6242	Puente - porcelana fundido con metal noble .....	\$430.00
D6245	Puente - porcelana/cerámica .....	\$450.00
D6602	Incrustación inlay de retención - molde con alto contenido de metal noble, dos superficies .....	\$460.00
D6603	Incrustación inlay de retención - molde con alto contenido de metal noble, tres o más superficies .	\$460.00
D6604	Incrustación inlay de retención - molde de metal base principalmente, dos superficies .....	\$405.00
D6605	Incrustación inlay de retención - molde de metal base principalmente, tres o más superficies .....	\$405.00
D6606	Incrustación inlay de retención - molde de metal noble, dos superficies .....	\$430.00
D6607	Incrustación inlay de retención - molde de metal noble, tres o más superficies .....	\$430.00
D6610	Restauración onlay de retención - molde con alto contenido de metal noble, dos superficies .....	\$460.00
D6611	Restauración onlay de retención - molde con alto contenido de metal noble, tres o más superficies .....	\$460.00
D6612	Restauración onlay de retención - molde de metal base principalmente, dos superficies .....	\$405.00
D6613	Restauración onlay de retención - molde de metal base principalmente, tres o más superficies .....	\$405.00
D6614	Restauración onlay de retención - molde de metal noble, dos superficies .....	\$430.00
D6615	Restauración onlay de retención - molde de metal noble, tres o más superficies .....	\$430.00
D6624	Incrustación inlay de retención - titanio .....	\$460.00
D6634	Restauración onlay de retención - titanio .....	\$460.00
D6740	Corona de retención - porcelana/cerámica .....	\$505.00
D6750	Corona de retención - porcelana fundida con alto contenido de metal noble .....	\$460.00
D6751	Corona de retención - porcelana fundida con metal base principalmente .....	\$405.00
D6752	Corona de retención - porcelana fundida con metal noble .....	\$430.00
D6780	Corona de retención - 3/4 de molde con alto contenido de metal noble .....	\$460.00
D6781	Corona de retención - 3/4 de molde de metal base principalmente .....	\$405.00
D6782	Corona de retención - 3/4 de molde de metal noble .....	\$430.00
D6790	Corona de retención - molde completo con alto contenido de metal noble .....	\$460.00
D6791	Corona de retención - molde completo de metal base principalmente .....	\$405.00
D6792	Corona de retención - molde completo de metal noble .....	\$430.00
D6794	Corona de retención - titanio .....	\$460.00
D6930	Volver a cementar o pegar dentadura postiza parcial fija .....	\$62.00
<b>D7000-D7999</b>	<b>X. CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL</b>	
	- Incluye exámenes prequirúrgicos y posquirúrgicos y tratamiento con anestesia local.	
D7111	Extracción, restos de corona - dientes primaries .....	\$50.00
D7140	Extracción de diente avulsionado o raíz expuesta (extracción por elevación y/o fórceps) .....	\$50.00
D7210	Extracción, dientes erupcionados que necesitan la extracción del hueso o la segmentación del diente e incluye la elevación del colgajo mucoperióstico si así está indicado .....	\$100.00
D7220	Extracción de diente traumatizado - tejido blando .....	\$110.00
D7230	Extracción de diente traumatizado - parcialmente óseo .....	\$145.00
D7240	Extracción de diente traumatizado - totalmente óseo .....	\$220.00
D7241	Extracción de diente traumatizado - totalmente óseo con complicaciones quirúrgicas inusuales ...	\$220.00
D7250	Extracción de raíces dentarias residuales (procedimiento de corte) .....	\$100.00
D7251	Coronectomía - remoción parcial intencional de un diente .....	\$145.00

D7260	Cierre de fístula oroantral .....	\$315.00
D7261	Cierre primario de la perforación de la cavidad sinusal .....	\$315.00
D7270	Reimplantación de diente y/o estabilización de diente avulsionado o desplazado accidentalmente .....	\$155.00
D7280	Exposición de un diente no erupcionado .....	\$185.00
D7283	Colocación de dispositivo para facilitar la erupción de diente traumatizado .....	\$44.00
D7285	Biopsia incisional de tejido bucal duro (hueso, diente) .....	\$155.00
D7286	Biopsia incisional de tejido bucal blando - <i>no incluye procedimientos en laboratorio de patología</i> .	\$120.00
D7287	Recolección de una muestra citológica exfoliativa .....	\$67.00
D7288	Brush biopsy - transepithelial sample collection .....	\$67.00
D7310	Alveoloplastia con extracciones - 4 o más dientes o espacios interdentes - por cuadrante .....	\$100.00
D7311	Alveoloplastia con extracciones - 1 a 3 dientes o espacios interdentes, por cuadrante .....	\$50.00
D7320	Alveoloplastia sin extracciones - 4 o más dientes o espacios interdentes - por cuadrante .....	\$135.00
D7321	Alveoloplastia sin extracciones - 1 a 3 dientes o espacios interdentes, por cuadrante .....	\$66.00
D7450	Extracción de quiste odontogénico benigno o tumor - lesión hasta 1,25 cm de diámetro .....	\$170.00
D7451	Extracción de quiste odontogénico benigno o tumor - lesión con diámetro superior a 1,25 cm .....	\$170.00
D7471	Extracción de exostosis lateral (maxilar o mandibular) .....	\$190.00
D7472	Eliminación de torus palatinus .....	\$190.00
D7473	Eliminación de torus mandibularis .....	\$190.00
D7485	Reducción de la tuberosidad ósea .....	\$135.00
D7510	Incisión y drenaje de abscesos - tejido intraoral blando .....	\$66.00
D7511	Incisión y drenaje de abscesos: tejido blando intraoral - complejo (incluye drenaje de espacios faciales múltiples) .....	\$100.00
D7960	Frenulectomía - también conocido como frenectomía o frenotomía - procedimiento separado no incidental a otro procedimiento .....	\$11.00
D7963	Frenuloplastia .....	\$17.00

**D8000-D8999****XI. ORTODONCIA**

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

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

**Los informes pre y post ortodóncicos incluyen:**

*El beneficio para informes y servicios diagnósticos previos al tratamiento incluye: .....* Sin Costo

D0210	intraoral - serie completa de radiografías	
D0322	Tomografía computada	
D0330	radiografía panorámica	
D0340	Radiografía cefalométrica 2D - adquisición, medida y análisis	
D0350	2D imágenes fotográficas orales/faciales obtenidas intra o extraoralmente	
D0351	Imagen fotográfica 3D	
D0470	Moldes dentales para diagnóstico	
	<i>El beneficio para informes después del tratamiento incluye: .....</i>	\$70.00
D0210	intraoral - serie completa de radiografías	
D0470	Moldes dentales para diagnóstico	
D8050	Tratamiento ortodóncico interceptivo del grupo de dientes primarios .....	\$1,148.00
D8060	Tratamiento ortodóncico interceptivo del grupo de dientes de leche .....	\$1,401.00
D8070	Tratamiento ortodóncico completo de dientes de leche <i>niños o adolescentes hasta 23 años</i> .....	\$2,774.00
D8080	Tratamiento ortodóncico completo en dentadura de adolescentes <i>adolescentes hasta 19 años</i> .....	\$2,774.00
D8090	Tratamiento ortodóncico completo - <i>adultos, incluye niños a cargo de adultos con cobertura</i> .....	\$3,590.00
D8660	Examen para tratamiento preortodóncico para controlar el crecimiento y desarrollo .....	\$61.00
D8670	Visita periódica de tratamiento de ortodoncia .....	Sin Costo
D8680	Retención ortodóncica (extracción de aparatos, armado y colocación de <i>retenedores</i> removibles)	\$345.00
D8681	Ajuste de retenedor de ortodoncia extraíble .....	Sin Costo
D8999	Procedimiento ortodóncico no especificado, por informe - <i>incluye consulta para la planificación del tratamiento</i> .....	\$175.00

## D9000-D9999

## XII. SERVICIOS GENERALES COMPLEMENTARIOS

D9110	Tratamiento paliativo (emergencia) del dolor dental - procedimiento menor .....	\$45.00
D9219	Evaluación para sedación moderada, profunda o anestesia general .....	Sin Costo
D9222	Sedación profunda/anestesia general, primeros 15 minutos .....	\$73.00
D9223	Sedación profunda/anestesia general - cada 15 minutos adicionales subsiguientes .....	\$73.00
D9239	Sedación o analgesia intravenosa moderada (en estado consciente) - primeros 15 minutos .....	\$73.00
D9243	Sedación o analgesia intravenosa moderada (en estado consciente) - cada 15 minutos adicionales subsiguientes .....	\$73.00
D9310	Consulta - (diagnóstico por parte de un odontólogo o médico distinto al profesional a cargo del tratamiento) .....	Sin Costo
D9311	Consulta con un profesional del cuidado de la salud .....	Sin Costo
D9430	Visita al consultorio para control (durante horas regulares de consulta) - sin otras prestaciones ....	Sin Costo
D9440	Visita al consultorio - después de las horas de atención programada .....	\$70.00
D9450	Presentación de casos, planificación detallada y exhaustiva del tratamiento .....	Sin Costo
D9932	Limpieza e inspección de dentadura postiza completa extraíble, maxilar .....	Sin Costo
D9933	Limpieza e inspección de dentadura postiza completa extraíble, mandibular .....	Sin Costo
D9934	Limpieza e inspección de dentadura postiza parcial extraíble, maxilar .....	Sin Costo
D9935	Limpieza e inspección de dentadura postiza parcial extraíble, mandibular .....	Sin Costo
D9943	Ajuste de protector oclusal .....	\$10.00
D9944	Protector oclusal - aparatos duros, arco dentario completo - <i>limitado a 1 D9944, D9945 o D9946 en 24 meses</i> .....	\$255.00
D9945	Protector oclusal - aparatos blandos, arco dentario completo - <i>limitado a 1 D9944, D9945 o D9946 en 24 meses</i> .....	\$255.00
D9946	Protector oclusal - aparatos duros, arco dentario parcial - <i>limitado a 1 D9944, D9945 o D9946 en 24 meses</i> .....	\$255.00
D9951	Ajuste oclusal, limitado .....	\$50.00
D9952	Ajuste oclusal, completo .....	\$260.00
D9975	Blanqueamiento externo para aplicación en casa, por arco; incluye materiales y fabricación de moldes personalizados - <i>limitado a una cubeta de blanqueamiento y gel para 2 semanas de tratamiento personal</i> .....	\$165.00
D9990	Traducción certificada o servicios de idioma de señas - por visita .....	Sin Costo
D9991	Gestión de casos dentales: cómo abordar los obstáculos en el cumplimiento de las citas .....	Sin Costo
D9992	Gestión de casos dentales: coordinación de la atención .....	Sin Costo
D9995	Teleodontología - síncrono, servicios en tiempo real .....	Sin Costo
D9996	Teleodontología - asíncrono; información almacenada y enviada al dentista para su posterior revision .....	Sin Costo

### ANEXO B

#### Limitaciones de los beneficios

1. La frecuencia de ciertos beneficios es limitada. Todas las limitaciones relativas a la frecuencia de ciertos beneficios aparecen detalladas en el *Anexo A, Descripción de Beneficios y Copagos*.
2. Si el miembro asociado acepta un plan de tratamiento de un dentista clínico que implique la colocación de más de 6 coronas, púnticos y/o pilares, aquél deberá pagar un cargo adicional de \$130.00 por encima del monto indicado en el nomenclador de copagos en concepto de cada una de dichas prestaciones a partir de la sexta unidad.
3. La anestesia general y/o la sedación/analgesia intravenosa se limitan a tratamientos realizados por cirujanos dentales de la red en casos de remisiones aprobadas para una o más extracciones totales o parciales (Procedimientos D7230, D7240 y D7241).
4. Los beneficios prestados por dentistas pediátricos se limitan exclusivamente a niños hasta la edad de 7 años, una vez consultado el dentista de cabecera asignado y tras la autorización correspondiente de ALPHA, menos los copagos correspondientes. Los problemas clínicos excepcionales, sin importar la edad, serán considerados individualmente.
5. El costo de un miembro bajo un tratamiento de ortodoncia cuya cobertura hubiera sido cancelada por cualquier motivo tendrá como referencia los honorarios habituales del dentista de cabecera en virtud del plan de tratamiento correspondiente. El ortodoncista de cabecera efectuará un prorrateo de la cantidad de meses remanentes para culminar el tratamiento. El miembro pagará directamente al ortodoncista de cabecera según lo convenido.
6. Todo tratamiento de ortodoncia en curso estará limitado a los miembros nuevos de DeltaCare USA que, al momento de entrada en vigencia de su plan, se encuentren en pleno tratamiento bajo un plan de cobertura odontológica de un empleador anterior, siempre y cuando continúen siendo elegibles para el programa de DeltaCare USA. Se considerarán en pleno tratamiento aquellos miembros que ya hubieran sido sometidos a algún procedimiento de movimiento dental. Los miembros serán responsables por todos los copagos y honorarios sujetos a las disposiciones de su plan odontológico anterior. La responsabilidad financiera de ALPHA se limita únicamente a aquellos montos no cubiertos por el plan odontológico anterior, en los casos de ortodoncia que cumplan con los requisitos correspondientes.

#### Beneficios Excluidos

1. Todo tratamiento que no esté específicamente indicado en el *Anexo A, Descripción de Beneficios y Copagos*.
2. Cualquier procedimiento que desde el punto de vista del dentista de cabecera:
  - a. No permita garantizar un resultado positivo ni una duración aceptable, de acuerdo con el estado del diente o los dientes y/o las estructuras aledañas. o
  - b. Sea consistente con las normas dentales generalmente aceptadas.
3. Prestaciones sólo con fines estéticos, con excepción del procedimiento D9975, blanqueamiento externo, por arco, o en el caso de problemas que fueran el resultado de defectos hereditarios o de desarrollo, tales como paladar hendido, malformaciones en la mandíbulas inferior y superior, dientes faltantes por enfermedades congénitas o dientes descoloridos o esmalte insuficiente, salvo en el caso del tratamiento de neonatos que presenten defectos congénitos o de nacimiento.
4. Coronas de porcelana, de porcelana con aleación de metal, de metal preformado o de resina con aleación de metal y dentaduras parciales fijas (puentes) para niños menores de 16 años.
5. Piezas extraviadas o robadas que incluyen, pero sin carácter limitativo, dentaduras totales o parciales, mantenedores de espacio, coronas y dentaduras parciales fijas (puentes).
6. Procedimientos, piezas o restauraciones si el objetivo fuera cambiar una dimensión vertical o diagnosticar o tratar condiciones anormales en la unión temporomandibular (TMJ).

7. Metales preciosos para piezas removibles, bases metálicas blandas o permanentes para dentaduras completas, piezas dentarias de porcelana, pilares de precisión para dentaduras parciales removibles o fijas (recubrimiento, implantes y materiales afines) y adaptación de dentaduras parciales y completas según las necesidades del paciente.
8. Materiales y uniones de implantes, colocación de implantes, mantenimiento, extracción y demás servicios asociados con implantes dentales.
9. Consultas de prestaciones no cubiertas.
10. Los servicios dentales recibidos en cualquier consultorio distinto a aquél del dentista de cabecera, de un especialista autorizado o de un ortodoncista de la red, salvo en el caso de los *Servicios de Emergencia* descritos en los Contratos y/o Evidencia de Cobertura.
11. Todos los honorarios de admisión, uso, hospitalización, centros quirúrgicos ambulatorios, instituciones de atención complementaria u otros centros de atención similares.
12. Medicamentos recetados.
13. Gastos dentales incurridos en relación con cualquier procedimiento dental u ortodóncico iniciado antes del período de elegibilidad del miembro para acceder al Programa de DeltaCare USA. Algunos ejemplos: Dientes preparados para colocación de coronas, tratamiento de conductos radiculares en curso, dentaduras completas o parciales para las que se hubieran tomado impresiones y tratamientos ortodóncicos, salvo que el miembro califique para la disposición de tratamiento ortodóncico en curso.
14. Piezas de ortodoncia extraviadas, robadas o estropeadas.
15. Cambios en el tratamiento ortodóncico a causa de un accidente de cualquier índole.
16. Piezas y/o tratamientos miofuncionales o parafuncionales.
17. Aparatos (brackets) de composite o cerámica, adaptación lingual de aparatos ortodóncicos y otras opciones cosméticas o especiales para los aparatos de ortodoncia fijos y removibles.
18. Tratamiento o aparatos provistos por un dentista especializado en prostodoncia.



# Información útil al alcance de sus manos

## Revise nuestro programa de bienestar SmileWay®

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

## Encuentre un dentista de la red cerca de usted

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

- Encuentre un dentista cerca de su hogar u oficina
- Limite su búsqueda por ubicación, especialidad, idiomas hablados — y más

## Regístrese para tener una cuenta en línea

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

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

## Contacto

¿Necesita ayuda? Déjenos saber.

### En línea:

Visite [es.deltadentalins.com/about/contact/contactUs\\_ddic.html](http://es.deltadentalins.com/about/contact/contactUs_ddic.html) y elija el formulario de “Servicio al cliente de DeltaCare USA”.

### Escriba a:

DeltaCare USA Customer Service  
P.O. Box 1803  
Alpharetta, GA 30023

### Llame al número gratuito: 800-422-4234

Los agentes de Servicio al Cliente están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 9 p.m., hora del Este. O utilice nuestro sistema telefónico automático, disponible las 24 horas, los 7 días de la semana.

## Respaldado por:

Alpha Dental of Arizona, Inc.  
17871 Park Plaza Drive, Suite 200  
Cerritos, CA 90703

## Administrado por:

Delta Dental Insurance Company  
1130 Sanctuary Parkway  
Alpharetta, GA 30009

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

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