



# Elija su plan

**Cobertura confiable y atención preventiva accesible**



**Delta Dental PPO™ y DeltaCare® USA**

**Carpenters H & W Trust Fund (Retirees) PPO #102904, DCUSA #70907**

Su compañía le permite elegir entre dos planes dentales de Delta Dental. Con cualquiera de los dos, tendrá acceso a dentistas rigurosamente evaluados y atención preventiva accesible.

## **Delta Dental PPO<sup>1</sup>**

Este plan de proveedores preferentes ofrece la conveniencia y la flexibilidad de ir a consulta con cualquier dentista con licencia profesional, en cualquier lugar. Los servicios cubiertos se pagan con base en un porcentaje. Por ejemplo, si los empastes tienen una cobertura de 80%, usted paga el 20% restante. Elija un dentista de Delta Dental PPO para aprovechar el valor de su plan al máximo. Los dentistas de la red de la organización de proveedores preferentes (PPO, por sus siglas en inglés) llenan los formularios de reclamación por usted y pueden asesorarlo sobre preguntas con respecto a su parte del pago.

## **DeltaCare USA**

Con DeltaCare USA, usted recibe atención directa y accesible de un dentista de confianza de la red de su elección. Simplemente seleccione un dentista general de DeltaCare USA para comenzar a recibir los beneficios del plan<sup>2</sup>. Los copagos preestablecidos le permiten saber con antelación, todo lo que su plan cubre y lo que cuesta cada procedimiento<sup>3</sup>. No hay documentación que usted deba completar, ni límites máximos anuales, deducibles ni períodos de espera por los que preocuparse<sup>4</sup>.

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

<sup>1</sup> En Texas, Delta Dental Insurance Company proporciona un plan de Organización de proveedores de servicios dentales (DPO, por sus siglas en inglés).

<sup>2</sup> En Arizona, Maryland y Texas, si no selecciona un dentista al inscribirse, se le asignará uno. En Wyoming, no tiene que seleccionar un dentista general, pero debe visitar a un dentista de la red para recibir los beneficios. En los siguientes estados, puede maximizar sus ahorros si consulta a un dentista de la red, pero puede ir con cualquier dentista con licencia profesional y recibir cobertura que no es de la red: Alaska, Connecticut, Louisiana, Maine, Mississippi, Montana, North Carolina, North Dakota, New Hampshire, Oklahoma, South Dakota, Vermont. Consulte el folleto del plan para conocer los detalles acerca de los beneficios que no son de la red.

<sup>3</sup> Esta es la cantidad que pagará cuando visite el centro de su dentista general.

<sup>4</sup> Consulte el folleto del plan para obtener más información acerca de los servicios cubiertos.



¿Recién comienza su cobertura?  
Visite [es.deltadentalins.com/welcome](https://es.deltadentalins.com/welcome).



[es.deltadentalins.com/members](https://es.deltadentalins.com/members)

# Delta Dental PPO™

## Maximice sus ahorros

Consulte a un dentista de la red PPO<sup>1</sup> para maximizar sus ahorros<sup>2</sup>. Estos dentistas han aceptado los cargos reducidos, y no se le cobrará más que la parte que le corresponde de la factura<sup>3</sup>. Encuentre a un dentista PPO en [es.deltadentalins.com](http://es.deltadentalins.com).

### Configure una cuenta en línea

Obtenga información acerca de su plan, consulte la información de elegibilidad y los beneficios, encuentre a un dentista de la red y más. Regístrese para abrir una cuenta en línea en [es.deltadentalins.com](http://es.deltadentalins.com).

### No cargue con otra tarjeta de identificación

No necesita una tarjeta de identificación de Delta Dental al consultar a los dentistas. Basta con informar su nombre, fecha de nacimiento y número de identificación de afiliado o del seguro social. Si su familia está cubierta bajo su plan, necesitará la información de cada miembro. ¿Prefiere tener una tarjeta de identificación? Simplemente ingrese en su cuenta para ver o imprimir su tarjeta.

### Coordine la cobertura doble

Si está cubierto bajo dos planes, pida a su consultorio dental que incluya información acerca de ambos planes en su reclamación; nosotros nos ocuparemos del resto.

### Entienda la transición de la atención

Por lo general, los procedimientos en varios estadios están cubiertos bajo su plan actual solo si el tratamiento se inició después de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de su plan<sup>4</sup>. Ingrese en su cuenta en línea para consultar esta fecha.

### Obtenga LASIK y descuentos en auxiliares auditivos

Gracias al acceso al cuidado de la salud de la audición de Amplifon<sup>5</sup> y QualSight, puede tener importantes ahorros en procedimientos LASIK y auxiliares auditivos. Para beneficiarse de estos descuentos, llame a QualSight al **855-248-2020** y a Amplifon al **888-779-1429**.

## Ahorre con un dentista de la PPO



PPO



NO ES DE LA PPO

<sup>1</sup> En Texas, Delta Dental Insurance Company proporciona un plan de organización de proveedores de servicios dentales (DPO, por sus siglas en inglés).

<sup>2</sup> Aún puede consultar a cualquier dentista con la licencia correspondiente, pero es posible que sus gastos directos sean más altos si elige un dentista que no es de la PPO. Los dentistas de la red se pagan con cargos contratados.

<sup>3</sup> Usted es responsable de cualquier deducible, coseguro, cantidad superior a los cargos y límites máximos del plan que corresponda por los servicios no cubiertos.

<sup>4</sup> Se aplica únicamente a los procedimientos cubiertos bajo su plan. Si comenzó el tratamiento antes de la fecha de entrada en vigencia de su cobertura, usted o su operador previo serán responsables de cualquier costo. Pueden aplicarse excepciones específicas según el grupo y el estado. Si actualmente está en un tratamiento de ortodoncia activo, puede que sea elegible para continuar el tratamiento bajo Delta Dental PPO. Revise su Evidencia de Cobertura, Resumen Descriptivo del Plan o el Contrato de Servicios Dentales del Grupo para obtener detalles específicos acerca de su plan.

<sup>5</sup> Los servicios correctivos de la visión y servicios del cuidado de la salud de la audición de Amplifon no forman parte de los beneficios asegurados. Delta Dental pone a su disposición el programa de servicios correctivos de la visión y del cuidado de la salud de la audición para brindar acceso a un precio preferencial para la cirugía LASIK, los auxiliares auditivos y otros servicios de salud de la audición.

# Información importante sobre beneficios: Delta Dental PPO™

Información importante sobre los beneficios del plan para: Carpenters Health & Welfare Trust Fund for Northern California (Jubilados)  
 N.º de grupo: 10294

<b>Elegibilidad</b>	Para obtener detalles de elegibilidad, consulte la Evidencia/Certificado de cobertura del plan (en el archivo de su administrador de beneficios, patrocinador del plan o empleador).		
<b>Deducibles</b>	\$50 por persona cada año calendario		
¿Los servicios de diagnóstico y prevención (D y P) están exentos de deducibles?	Sí		
<b>Límites máximos</b>	\$1,000 por persona cada año calendario		
¿Los servicios de diagnóstico y prevención cuentan para el límite máximo?	Sí		
<b>Periodos de espera</b>	Servicios básicos no aplicable	Servicios mayores no aplicable	Prostodoncia no aplicable

<b>Beneficios y servicios cubiertos*</b>	<b>Dentistas de la Delta Dental PPO**</b>	<b>Dentistas que no son de la red Delta Dental **</b>
<b>Servicios de diagnóstico y prevención</b> Exámenes, limpiezas y radiografías	100 %	70 %
<b>Selladores</b>	80 %	60 %
<b>Servicios básicos</b> Empastes y extracciones simples	80 %	60 %
<b>Endodoncia</b> (conductos radiculares)	60 %	60 %
<b>Periodoncia</b> (tratamiento de las encías)	50 %	50 %
<b>Cirugía bucal</b>	60 %	60 %
<b>Servicios mayores</b> Coronas, incrustaciones onlay y restauraciones de molde	50 %	50 %
<b>Prostodoncia</b> Puentes, dentaduras postizas e implantes	50 %	50 %

\*Pueden aplicarse limitaciones o períodos de espera para algunos beneficios; algunos servicios podrían estar excluidos de su plan. El reembolso se basa en las asignaciones máximas del contrato de Delta Dental y no necesariamente en los honorarios presentados por cada dentista.

\*\* El reembolso se basa en las tarifas contratadas por PPO para dentistas PPO, las tarifas contratadas por Premier para dentistas Premier y las asignaciones del programa para dentistas que no pertenecen a Delta.

<b>Delta Dental of California</b> 560 Mission St., Suite 1300 San Francisco, CA 94105	<b>Servicio al Cliente</b> 888-335-8227	<b>Dirección para reclamaciones</b> P.O. Box 997330 Sacramento, CA 95899-7330
---	--	---

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

Esta información sobre los beneficios no reemplaza ni sirve como Evidencia de cobertura ni Resumen descriptivo del plan. Si tiene preguntas específicas respecto de los beneficios, las limitaciones o las exclusiones de su plan, consulte al representante de beneficios de su empresa.

# DeltaCare<sup>®</sup> USA

## Atención accesible y sin complicaciones

Con DeltaCare USA, recibe atención directa y accesible de un dentista de confianza de la red de su elección.

### Servicios convenientes

Se lo hacemos fácil: su dentista de la red de DeltaCare USA se encargará de todos los trámites y no será necesario que tenga una tarjeta de identificación del plan para recibir atención.

- No hay periodos de espera, formularios de reclamaciones que completar cuando visite un dentista de la red ni deducibles.
- Puede seleccionar o cambiar de dentista en cualquier momento, en línea o por teléfono.
- También se le puede asignar un dentista general en la primera visita si aún no ha seleccionado un dentista<sup>1</sup>.

### Un aliado para la salud bucal

Tiene cobertura para cientos de procedimientos sin límite anual en el monto que paga su plan.

- Las limpiezas y los exámenes están cubiertos a bajo costo o sin costo alguno
- Servicios de especialistas para cirugía bucal, endodoncia, ortodoncia, periodoncia y odontología pediátrica
- Los empastes del color del diente están cubiertos en todos los dientes

- Cobertura de ortodoncia para adultos y niños, incluidos los alineadores transparentes
- Los niños cubiertos son elegibles para atención dental de un odontólogo pediátrico hasta los 13 años de edad

### Económico

Con su plan de DeltaCare USA, usted sabe todo lo que su plan cubre y cuánto cuesta. Sin sorpresas.

- No hay deducibles ni límites máximos para los servicios cubiertos
- Se indican gastos directos transparentes en su folleto del plan o en su cuenta en línea
- Copagos con todo incluido (sin cargos por materiales o laboratorio)

### Amplia red de dentistas de calidad

Delta Dental es una de las principales compañías nacionales que ofrece una amplia red de dentistas de alta calidad y rigurosamente evaluados de DeltaCare USA de entre los que elegir.

<sup>1</sup> Si todavía no le han asignado un dentista general de DeltaCare USA, puede visitar cualquier dentista general de DeltaCare USA que acepte nuevos pacientes. Cuando su dentista seleccionado presente una reclamación que califique, usted será agregado a su lista de pacientes y ese será su dentista general asignado de DeltaCare USA. Una vez asignado, debe visitar este dentista para programar consultas futuras para recibir beneficios.

## ANEXO A

## Descripción de Beneficios y Copagos

Los Beneficios que se muestran a continuación se realizan según lo considere apropiado el Dentista contratado que lo atiende, sujeto a las limitaciones y exclusiones del Plan. Consulte el *Anexo B* para obtener más aclaraciones sobre los Beneficios. **Debe analizar todas las opciones de tratamiento con su dentista contratado antes de que se presten los servicios.**

El texto que aparece en cursiva a continuación tiene la intención específica de aclarar la entrega de Beneficios bajo el Plan DeltaCare USA y no debe interpretarse como Terminología Dental Actual ("CDT"), códigos de procedimiento CDT-2024, descriptores o nomenclatura que son bajo los derechos de autor de la Asociación Dental Americana ("ADA"). La ADA puede cambiar periódicamente los códigos o definiciones de CDT. Dichos códigos, descriptores y nomenclatura actualizados pueden usarse para describir estos procedimientos cubiertos de conformidad 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	Evaluación oral detallada y extensa - centrada en el problema, por informe .....	Sin Costo
D0170	Reevaluación - limitado, problema específico (paciente regular; no es consulta postoperatoria) ....	Sin Costo
D0171	Reevaluación - visita al consultorio postoperatoria .....	\$5.00
D0180	Examen periodontal completo - paciente nuevo o regular .....	Sin Costo
D0190	Examen de un paciente .....	Sin Costo
D0191	Evaluación de un paciente .....	Sin Costo
D0210	Intraoral: serie completa de imágenes radiográficas: <i>limitada a 1 serie cada 24 meses</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</i> .....	Sin Costo
D0330	radiografía panorámica .....	Sin Costo
D0396	Impresión 3D de un escáner 3D intraoral .....	Sin Costo
D0419	Evaluación del flujo salival por medición - <i>1 cada 12 meses</i> .....	Sin Costo
D0460	Pruebas de vitalidad de la pulpa .....	Sin Costo
D0470	Moldes dentales para diagnóstico .....	Sin Costo
D0472	Excisión de tejido, examen general, preparación y presentación de diagnóstico escrito .....	Sin Costo
D0473	Excisión de tejido, examen general y microscópico, preparación y presentación de diagnóstico escrito .....	Sin Costo
D0474	Excisión de tejido, examen general y microscópico, incluye la evaluación de márgenes quirúrgicos para detección de enfermedades y la preparación y presentación de diagnóstico escrito .....	Sin Costo
D0601	Evaluación y documentación de riesgo de caries con resultados de bajo riesgo - <i>1 cada 12 meses</i> .	Sin Costo
D0602	Evaluación y documentación de riesgo de caries con resultados de riesgo moderado - <i>1 cada 12 meses</i> .....	Sin Costo
D0603	Evaluación y documentación de riesgo de caries con resultados de alto riesgo - <i>1 cada 12 meses</i> ..	Sin Costo
D0701	Imagen radiográfica panorámica, solo captura de imágenes .....	Sin Costo
D0702	Imagen radiográfica cefalométrica en 2D, solo captura de imágenes .....	Sin Costo
D0703	Imagen fotográfica bucal/facial en 2D obtenida intra o extraoralmente, solo captura de imágenes	Sin Costo
D0705	Imagen radiográfica dental posterior extraoral, solo captura de imágenes .....	Sin Costo
D0706	Imagen radiográfica oclusal intraoral, solo captura de imágenes .....	Sin Costo
D0707	Imagen radiográfica periapical intraoral, solo captura de imágenes .....	Sin Costo
D0708	Serie completa de imágenes radiográficas intraorales, solo captura de imágenes .....	Sin Costo

D0709	Intraoral: serie completa de imágenes radiográficas: solo captura de imágenes .....	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 - 1 D1110, D1120 o D4346 cada 6 meses .....	Sin Costo
D1120	Limpieza <i>profiláctica</i> - niños - 1 D1110, D1120 o D4346 cada 6 meses .....	Sin Costo
D1206	Aplicación tópica de fluoruro o barniz - <i>niños hasta los 19 años; 1 D1206 o D1208 cada 6 meses</i> ....	Sin Costo
D1208	Aplicación tópica de fluoruro - excluyendo el barniz - <i>niños hasta los 19 años; 1 D1206 o D1208 cada 6 meses</i> .....	Sin Costo
D1330	Instrucciones para una correcta higiene oral .....	Sin Costo
D1351	Sellador - por pieza dentaria - <i>limitado a molares permanentes hasta 15 años</i> .....	\$10.00
D1352	Restauración preventiva de una resina en un paciente con riesgo de caries medio a elevado - diente permanente - <i>limitado a molares permanentes hasta 15 años</i> .....	\$10.00
D1353	Reparación con sellador - por diente - <i>limitado a muelas permanentes hasta los 15 años</i> .....	\$10.00
D1354	Aplicación de medicamento anticaries - por diente - <i>niños hasta los 19 años; 1 cada 6 meses</i> .....	Sin Costo
D1510	Mantenedor de espacio - fijo - unilateral - por cuadrante .....	\$25.00
D1516	Separador - fijo - bilateral, maxilar .....	\$25.00
D1517	Separador - fijo - bilateral, mandibular .....	\$25.00
D1520	Mantenedor de espacio - removible - unilateral - por cuadrante .....	\$25.00
D1526	Separador - extraíble - bilateral, maxilar .....	\$25.00
D1527	Separador - extraíble - bilateral, mandibular .....	\$25.00
D1551	Recementado o readhesión de mantenedor de espacio bilateral - maxilar .....	Sin Costo
D1552	Recementado o readhesión de mantenedor de espacio bilateral - mandibular .....	Sin Costo
D1553	Recementado o readhesión de mantenedor de espacio unilateral - por cuadrante .....	Sin Costo
D1556	Remoción del mantenedor de espacio unilateral fijo - por cuadrante .....	Sin Costo
D1557	Remoción del mantenedor de espacio bilateral fijo - maxilar .....	Sin Costo
D1558	Remoción del mantenedor de espacio bilateral fijo - mandibular .....	Sin Costo
D1575	Separador de calzado distal - fijo, unilateral - por cuadrante - <i>niño hasta los 9 años</i> .....	\$25.00

**D2000-D2999****III. RESTAURACIÓN**

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

D2140	Amalgama - 1 superficie, primaria o permanente .....	Sin Costo
D2150	Amalgama - 2 superficies, primaria o permanente .....	Sin Costo
D2160	Amalgama - 3 superficies, primaria o permanente .....	Sin Costo
D2161	Amalgama - 4 superficies, primaria o permanente .....	Sin Costo
D2330	Empaste a base de resina - 1 superficie, anterior .....	Sin Costo
D2331	Empaste a base de resina - 2 superficies, anterior .....	Sin Costo
D2332	Empaste a base de resina - 3 superficies, anterior .....	Sin Costo
D2335	Empaste compuesto de resina - cuatro o más superficies (dientes anteriores) .....	Sin Costo
D2390	Corona con a base de resina, anterior .....	Sin Costo
D2391	Empaste a base de resina - 1 superficie, posterior <sup>2, 5</sup> .....	Opcional
D2392	Empaste a base de resina - 2 superficies, posteriores <sup>2, 5</sup> .....	Opcional
D2393	Empaste a base de resina - 3 superficies, posteriores <sup>2, 5</sup> .....	Opcional
D2394	Empaste a base de resina - 4 superficies o más, posteriores <sup>2, 5</sup> .....	Opcional
D2510	Inlay - metálico - 1 superficie <sup>8, 12</sup> .....	Sin Costo
D2520	Inlay - metálico - 2 superficies <sup>8, 12</sup> .....	Sin Costo
D2530	Inlay - metálico - 3 superficies o más <sup>8, 12</sup> .....	Sin Costo
D2542	Onlay - metálico - 2 superficies <sup>8, 12</sup> .....	Sin Costo
D2543	Onlay - metálico - 3 superficies <sup>8, 12</sup> .....	Sin Costo
D2544	Onlay - metálico - 4 superficies o más <sup>8, 12</sup> .....	Sin Costo
D2610	Inlay - porcelana/cerámica - 1 superficie <sup>2, 8</sup> .....	Opcional
D2620	Inlay - porcelana/cerámica - 2 superficies <sup>2, 8</sup> .....	Opcional
D2630	Inlay - porcelana/cerámica - 3 superficies o más <sup>2, 8</sup> .....	Opcional
D2642	Onlay - porcelana/cerámica - 2 superficies <sup>2, 8</sup> .....	Opcional
D2643	Onlay - porcelana/cerámica - 3 superficies <sup>2, 8</sup> .....	Opcional

D2644	Onlay - porcelana/cerámica - 4 superficies o más <sup>2, 8</sup> .....	Opcional
D2650	Inlay - a base de resina - 1 superficie <sup>2, 8</sup> .....	Opcional
D2651	Inlay - a base de resina - 2 superficies <sup>2, 8</sup> .....	Opcional
D2652	Inlay - a base de resina - 3 superficies o más <sup>2, 8</sup> .....	Opcional
D2662	Onlay - a base de resina - 2 superficies <sup>2, 8</sup> .....	Opcional
D2663	Onlay - a base de resina - 3 superficies <sup>2, 8</sup> .....	Opcional
D2664	Onlay - a base de resina - 4 superficies o más <sup>2, 8</sup> .....	Opcional
D2710	Corona - a base de resina (indirecto) <sup>8, 9</sup> .....	\$50.00
D2712	Corona - 3/4 a base de resina (indirecto) <sup>8, 9</sup> .....	\$50.00
D2720	Corona - resina con metal muy noble <sup>8, 9, 12</sup> .....	\$90.00
D2721	Corona - resina con metal basico predominantemente <sup>8, 9</sup> .....	\$90.00
D2722	Corona - resina con metal noble <sup>8, 9</sup> .....	\$90.00
D2740	Corona - porcelana/cerámica <sup>8, 9</sup> .....	\$90.00
D2750	Corona - porcelana fundido con metal muy noble <sup>8, 9, 12</sup> .....	\$90.00
D2751	Corona - porcelana fundido con metal basico predominantemente <sup>8, 9</sup> .....	\$90.00
D2752	Corona - porcelana fundido con metal noble <sup>8, 9</sup> .....	\$90.00
D2753	Corona - porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio .....	\$90.00
D2780	Corona - 3/4 de recubrimiento con metal muy noble <sup>8, 12</sup> .....	\$90.00
D2781	Corona - 3/4 de recubrimiento con base principalmente de metal <sup>8</sup> .....	\$90.00
D2782	Corona - 3/4 de recubrimiento con metal noble <sup>8</sup> .....	\$90.00
D2790	Corona - recubrimiento completo con metal muy noble <sup>8, 12</sup> .....	\$90.00
D2791	Corona - recubrimiento completo con metal basico predominantemente <sup>8</sup> .....	\$90.00
D2792	Corona - recubrimiento completo con metal noble <sup>8</sup> .....	\$90.00
D2794	Corona - titanio y aleaciones de titanio <sup>8, 12</sup> .....	\$90.00
D2910	Volver a cementar o pegar incrustación inlay, restauración onlay, recubrimiento o restauración de cobertura parcial .....	Sin Costo
D2915	Volver a cementar o pegar perno-muñón indirectamente fabricado o prefabricado .....	Sin Costo
D2920	Volver a cementar o pegar corona .....	Sin Costo
D2921	Reinserción de fragmento de diente, borde incisivo o cúspide ( <i>anterior</i> ) .....	Sin Costo
D2928	Corona prefabricada de porcelana/cerámica, diente permanente .....	\$5.00
D2929	Corona prefabricada de porcelana/cerámica - diente primario - <i>anterior</i> .....	\$15.00
D2930	Corona preformada de acero inoxidable - diente primario .....	\$5.00
D2931	Corona preformada de acero inoxidable - diente permanente .....	\$5.00
D2932	Corona de resina prefabricada - <i>diente primario anterior</i> .....	\$15.00
D2933	Corona preformada de acero inoxidable con ventana de resina - <i>diente primario anterior</i> .....	\$15.00
D2940	Restauración protectora .....	\$15.00
D2941	Restauración terapéutica temporal - dentición primaria .....	\$15.00
D2949	Fundación restauradora de una restauración indirecta .....	\$15.00
D2950	Reconstrucción de muñón, incluyendo las clavijas necesarias .....	\$15.00
D2951	Fijación de pines - por diente, además de restauración .....	\$15.00
D2952	Perno y núcleo preformados además de la corona, fabricados indirectamente - <i>incluye preparación de conducto</i> <sup>12</sup> .....	\$15.00
D2953	Cada perno preformado adicional, fabricado indirectamente - mismo diente - <i>incluye preparación de conducto</i> <sup>12</sup> .....	\$15.00
D2954	Perno y núcleo preformados además de la corona - <i>perno con base de metal; incluye preparación del canal</i> .....	\$15.00
D2957	Cada perno preformado adicional - mismo diente <i>perno metálico; incluye preparación de conducto</i> .....	\$15.00
D2971	Procedimientos adicionales para adaptar una corona y ajustarla a la estructura de una dentadura parcial existente .....	\$18.00
D2976	Estabilización con banda - por diente - <i>limitada a una vez en la vida por diente</i> .....	Sin Costo
D2980	arreglo de la corona por causa de falla del material restaurador .....	\$15.00
D2981	Arreglo de los inlays por causa de falla del material restaurador .....	\$15.00
D2982	Arreglo de los onlays por causa de falla del material restaurador .....	\$15.00
D2983	Arreglo del revestimiento necesario por falla del material restaurador .....	\$15.00
D2989	Excavation of a tooth resulting in the determination of non-restorability .....	Sin Costo

D2990	Infiltración de resina de lesiones incipientes en la superficie lisa - <i>limitado a molares permanentes hasta 15 años</i> .....	\$10.00
D2991	Aplicación de medicamento regenerador de hidroxiapatita - <i>Limitado a dos veces por diente en un período de 12 meses</i> .....	\$10.00

**D3000-D3999 IV. ENDODONCIA**

D3110	Pulpotomía - directa (no incluye restauración final) .....	Sin Costo
D3120	Pulpotomía - indirecta (no incluye restauración final) .....	Sin Costo
D3220	Pulpotomía terapéutica (no incluye restauración final) - extracción de la pulpa coronal en la unión dentinocemental y aplicación de medicamento .....	Sin Costo
D3221	Biopulpectomía total, dientes primarios y permanentes .....	\$10.00
D3222	Pulpotomía parcial para apexogenesis - diente permanente con desarrollo incompleto de la raíz ...	Sin Costo
D3230	Terapia pulpar (empaste reabsorbible) - diente primario, anterior (no incluye restauración final) ...	\$10.00
D3240	Terapia pulpar (empaste reabsorbible) - diente primario, posterior (no incluye restauración final) ..	\$10.00
D3310	<i>Endodoncia</i> tratamiento de canal radicular, dientes anteriores (sin restauración final) <sup>6</sup> .....	\$45.00
D3320	<i>Endodoncia</i> , diente premolar (no incluye restauraciones finales) <sup>6</sup> .....	\$90.00
D3330	<i>Endodoncia</i> , muela (no incluye restauraciones finales) <sup>6</sup> .....	\$135.00
D3331	Tratamiento de obstrucción del conducto radicular; sin intervención quirúrgica <sup>6</sup> .....	\$45.00
D3332	Terapia endodóntica incompleta; diente no operable ni reparable o fracturado <sup>6</sup> .....	\$45.00
D3346	Repetición de una terapia anterior del conducto radicular - anterior <sup>6</sup> .....	\$65.00
D3347	Tratamiento posterior de conducto radicular previo - premolares <sup>6</sup> .....	\$110.00
D3348	Repetición de una terapia anterior del conducto radicular - molar <sup>6</sup> .....	\$155.00
D3410	Apicectomía - anterior <sup>6</sup> .....	\$60.00
D3421	Apicectomía - premolar (primera raíz) <sup>6</sup> .....	\$60.00
D3425	Apicectomía - molar (primer tratamiento) <sup>6</sup> .....	\$60.00
D3426	Apicectomía (cada tratamiento adicional) <sup>6</sup> .....	Sin Costo
D3430	Retratamiento de conducto - por raíz <sup>6</sup> .....	\$60.00
D3450	Amputación radicular, por raíz - <i>no está cubierta si es en conjunto con una radectomía</i> <sup>6</sup> .....	Sin Costo
D3471	Reparación quirúrgica de resorción de raíz, anterior .....	\$60.00
D3472	Reparación quirúrgica de resorción de raíz, premolar .....	\$60.00
D3473	Reparación quirúrgica de resorción de raíz, molar .....	\$60.00
D3501	Exposición quirúrgica de la superficie de la raíz sin apicectomía o reparación quirúrgica de resorción de raíz, anterior .....	\$60.00
D3502	Exposición quirúrgica de la superficie de la raíz sin apicectomía o reparación quirúrgica de resorción de raíz, premolar .....	\$60.00
D3503	Exposición quirúrgica de la superficie de la raíz sin apicectomía o reparación quirúrgica de resorción de raíz, molar .....	\$60.00

**D4000-D4999 V. PERIODONCIA**

- Incluye exámenes pre-quirúrgicos y pos-quirúrgicos y tratamiento con anestesia local.

D4210	Gingivectomía o gingivoplastia - 4 o más dientes contiguos o espacios dentales vecinos por cuadrante .....	\$125.00
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia - 1 a 3 dientes contiguos o espacios dentales vecinos por cuadrante .....	\$25.00
D4212	Gingivectomía o gingivoplastia para hacer espacio para el procedimiento de restauración, por diente .....	Sin Costo
D4240	Procedimiento de colgajo gingival, con alisado radicular - 4 o más dientes contiguos o espacios dentales vecinos por cuadrante .....	\$125.00
D4241	Procedimiento de colgajo gingival, con alisado radicular - 1 a 3 dientes contiguos o más o espacios dentales vecinos por cuadrante .....	\$125.00
D4260	Cirugía ósea (incluye elevación de un colgajo de grosor completo y cierre): cuatro o más espacios entre dientes consecutivos o delimitados por cuadrante .....	\$250.00
D4261	Cirugía ósea (incluye elevación de un colgajo de grosor completo y cierre): uno a tres espacios entre dientes consecutivos o delimitados por cuadrante .....	\$250.00
D4341	Tartrectomía y alisado radicular - 4 dientes o más por cuadrante - <i>limitado a 4 cuadrantes durante un período de 12 meses consecutivos</i> .....	\$15.00
D4342	Tartrectomía y alisado radicular - 1 a 3 dientes por cuadrante - <i>limitado a 4 cuadrantes durante un período de 12 meses consecutivos</i> .....	\$15.00

D4346	Limpieza de sarro en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave (de toda la boca, después de la evaluación de la boca) - 1 D1110, D1120 o D4346 cada 6 meses .....	Sin Costo
D4355	Desbridamiento bucal completo para permitir una evaluación y un diagnóstico periodontal completos en la visita subsiguiente - limitado a un tratamiento en un período de 12 meses consecutivos .....	\$15.00
D4910	Mantenimiento periodontal - limitado a 1 tratamiento cada 6 meses .....	\$12.00
D4921	Irrigación gingival con un agente medicinal - por cuadrante .....	Sin Costo
<b>D5000-D5899</b>	<b>VI. PROSTODONCIA (removible)</b>	
D5110	Dentadura completa - maxilar <sup>10, 13</sup> .....	\$110.00
D5120	Dentadura completa - mandibular <sup>10, 13</sup> .....	\$110.00
D5130	Dentadura inmediata - maxilar <sup>10, 13</sup> .....	\$125.00
D5140	Dentadura inmediata - mandibular <sup>10, 13</sup> .....	\$125.00
D5211	Dentadura postiza parcial maxilar - base de resina (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes) <sup>10, 13</sup> .....	\$125.00
D5212	Dentadura postiza parcial mandibular - base de resina (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes) <sup>10, 13</sup> .....	\$125.00
D5213	Dentadura maxilar parcial - esqueleto de metal preformado con bases de resina para piezas dentarias (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) <sup>10, 13</sup> .....	\$125.00
D5214	Dentadura mandibular parcial - esqueleto de metal preformado con bases de resina para piezas dentarias (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) <sup>10, 13</sup> .....	\$125.00
D5221	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata - base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes, y dientes) .....	\$125.00
D5222	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata - base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes, y dientes) .....	\$125.00
D5223	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata - molde metálico con bases de resina para dentadura postiza (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) .....	\$125.00
D5224	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata - molde metálico con bases de resina para dentadura postiza (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) .....	\$125.00
D5225	Dentadura parcial maxilar, base flexible (incluidos materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) - los aparatos protésicos se reemplazarán solo después de que hayan transcurrido cinco años desde el momento de la entrega <sup>10, 13</sup> .....	\$175.00
D5226	Dentadura parcial mandibular, base flexible (incluidos materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) <sup>10, 13</sup> .....	\$175.00
D5227	Dentadura parcial maxilar inmediata, base flexible (incluye ganchos, soportes y dientes) .....	\$125.00
D5228	Dentadura parcial mandibular inmediata, base flexible (incluye ganchos, soportes y dientes) .....	\$125.00
D5410	Ajuste de dentadura completa - maxilar <sup>10</sup> .....	\$10.00
D5411	Ajuste de dentadura completa - mandibular <sup>10</sup> .....	\$10.00
D5421	Ajuste de dentadura parcial - maxilar <sup>10</sup> .....	\$10.00
D5422	Ajuste de dentadura parcial - mandibular <sup>10</sup> .....	\$10.00
D5511	Arreglo de la base rota de una dentadura postiza completa, mandibular .....	\$20.00
D5512	Arreglo de la base rota de una dentadura postiza completa, maxilar .....	\$20.00
D5520	Reemplazo de dientes fracturados o faltantes - dentadura completa (cada pieza dentaria) .....	\$10.00
D5611	Arreglo de la base de resina de una dentadura postiza parcial, mandibular .....	\$20.00
D5612	Arreglo de la base de resina de una dentadura postiza parcial, maxilar .....	\$20.00
D5621	Arreglo del molde de yeso parcial, mandibular .....	\$20.00
D5622	Arreglo del molde de yeso parcial, maxilar .....	\$20.00
D5630	Arreglo o reemplazo de gancho fracturado - por diente .....	\$20.00
D5640	Reemplazo de dientes fracturados - por diente .....	\$10.00
D5650	Agregado de piezas dentarias a dentadura parcial existente .....	\$10.00
D5660	Colocación de retenedores a dentadura parcial existente - por diente .....	\$10.00
D5710	Acondicionamiento de base de dentadura maxilar completa <sup>7</sup> .....	\$45.00
D5711	Acondicionamiento de base de dentadura mandibular completa <sup>7</sup> .....	\$45.00
D5720	Acondicionamiento de base de dentadura maxilar parcial <sup>7</sup> .....	\$45.00
D5721	Acondicionamiento de base de dentadura mandibular parcial <sup>7</sup> .....	\$45.00
D5725	Rebase de prótesis híbrida .....	\$45.00
D5730	Rebasado de dentadura maxilar completa (flancos) <sup>7</sup> .....	\$20.00
D5731	Rebasado de dentadura mandibular completa (flancos) <sup>7</sup> .....	\$20.00

D5740	Rebasado de dentadura maxilar parcial (flancos) <sup>7</sup> .....	\$20.00
D5741	Rebasado de dentadura mandibular parcial (flancos) <sup>7</sup> .....	\$20.00
D5750	Rebasado de dentadura maxilar completa (laboratorio) <sup>7</sup> .....	\$45.00
D5751	Rebasado de dentadura mandibular completa (laboratorio) <sup>7</sup> .....	\$45.00
D5760	Rebasado de dentadura maxilar parcial (laboratorio) <sup>7</sup> .....	\$45.00
D5761	Rebasado de dentadura mandibular parcial (laboratorio) <sup>7</sup> .....	\$45.00
D5765	Revestimiento blando para dentadura removible completa o parcial, indirecto .....	\$45.00
D5820	Dentadura parcial provisoria, (incluidos materiales de retención/ganchos, soportes y dientes), maxilar - <i>limitado a la colocación inicial de dentadura parcial temporal/prótesis para reemplazar dientes anteriores extraídos durante la curación</i> <sup>10</sup> .....	Sin Costo
D5821	Dentadura parcial provisoria, (incluidos materiales de retención/ganchos, soportes y dientes), mandibular - <i>limitado a la colocación inicial de dentadura parcial temporal/prótesis para reemplazar dientes anteriores extraídos durante la curación</i> <sup>10</sup> .....	Sin Costo
D5850	Acondicionamiento tisular, maxilar <sup>1, 10</sup> .....	Sin Costo
D5851	Acondicionamiento tisular, mandibular <sup>1, 10</sup> .....	Sin Costo

**D5900-D5999 VII. PROESTÉTICA MAXILOFACIAL - Sin Cobertura****D6000-D6199 VIII. SERVICIOS DE IMPLANTES - Sin cobertura****D6200-D6999 IX. PROSTODONCIA, fija (cada retenedor y pónico constituyen una unidad en una dentadura parcial fija [puente])**

D6210	Puente - metal preformado muy noble <sup>7, 12</sup> .....	\$90.00
D6211	Puente - base preformada principalmente de metal <sup>7</sup> .....	\$90.00
D6212	Puente - metal preformado noble <sup>7</sup> .....	\$90.00
D6240	Puente - porcelana fundido con metal muy noble <sup>7, 9, 12</sup> .....	\$90.00
D6241	Puente - porcelana fundido con metal basico predominantemente <sup>7, 9</sup> .....	\$90.00
D6242	Puente - porcelana fundido con metal noble <sup>7, 9</sup> .....	\$90.00
D6243	Pónico - porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio .....	\$90.00
D6245	Puente - porcelana/cerámica <sup>2, 7</sup> .....	Opcional
D6250	Puente - resina con metal muy noble <sup>7, 9, 12</sup> .....	\$90.00
D6251	Puente - resina con metal basico predominantemente <sup>7, 9</sup> .....	\$90.00
D6252	Puente - resina con metal noble <sup>7, 9</sup> .....	\$90.00
D6600	Incrustación inlay de retención - porcelana/cerámica, dos superficies <sup>2, 7</sup> .....	Opcional
D6601	Incrustación inlay de retención - porcelana/cerámica, tres o más superficies <sup>2, 7</sup> .....	Opcional
D6602	Incrustación inlay de retención - molde con alto contenido de metal noble, dos superficies <sup>7, 12</sup> .....	Sin Costo
D6603	Incrustación inlay de retención - molde con alto contenido de metal noble, tres o más superficies <sup>7, 12</sup> .....	Sin Costo
D6604	Incrustación inlay de retención - molde de metal base principalmente, dos superficies <sup>7</sup> .....	Sin Costo
D6605	Incrustación inlay de retención - molde de metal base principalmente, tres o más superficies <sup>7</sup> .....	Sin Costo
D6606	Incrustación inlay de retención - molde de metal noble, dos superficies <sup>7</sup> .....	Sin Costo
D6607	Incrustación inlay de retención - molde de metal noble, tres o más superficies <sup>7</sup> .....	Sin Costo
D6608	Restauración onlay de retención - porcelana/cerámica, dos superficies <sup>2, 7</sup> .....	Opcional
D6609	Restauración onlay de retención - porcelana/cerámica, tres o más superficies <sup>2, 7</sup> .....	Opcional
D6610	Restauración onlay de retención - molde con alto contenido de metal noble, dos superficies <sup>7, 12</sup> .....	Sin Costo
D6611	Restauración onlay de retención - molde con alto contenido de metal noble, tres o más superficies <sup>7, 12</sup> .....	Sin Costo
D6612	Restauración onlay de retención - molde de metal base principalmente, dos superficies <sup>7</sup> .....	Sin Costo
D6613	Restauración onlay de retención - molde de metal base principalmente, tres o más superficies <sup>7</sup> .....	Sin Costo
D6614	Restauración onlay de retención - molde de metal noble, dos superficies <sup>7</sup> .....	Sin Costo
D6615	Restauración onlay de retención - molde de metal noble, tres o más superficies <sup>7</sup> .....	Sin Costo
D6720	Corona de retención - resina con alto contenido de metal noble <sup>7, 9, 12</sup> .....	\$90.00
D6721	Corona de retención - resina con metal base principalmente <sup>7, 9</sup> .....	\$90.00
D6722	Corona de retención - resina con metal noble <sup>7, 9</sup> .....	\$90.00
D6740	Corona de retención - porcelana/cerámica <sup>2, 7</sup> .....	Opcional
D6750	Corona de retención - porcelana fundida con alto contenido de metal noble <sup>7, 9, 12</sup> .....	\$90.00
D6751	Corona de retención - porcelana fundida con metal base principalmente <sup>7, 9</sup> .....	\$90.00

D6752	Corona de retención - porcelana fundida con metal noble <sup>7,9</sup> .....	\$90.00
D6753	Corona de retenedor - porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio .....	\$90.00
D6780	Corona de retención - 3/4 de molde con alto contenido de metal noble <sup>7,12</sup> .....	\$90.00
D6781	Corona de retención - 3/4 de molde de metal base principalmente <sup>7</sup> .....	\$90.00
D6782	Corona de retención - 3/4 de molde de metal noble <sup>7</sup> .....	\$90.00
D6784	Corona de retenedor - 3/4 titanio y aleaciones de titanio .....	\$90.00
D6790	Corona de retención - molde completo con alto contenido de metal noble <sup>7,12</sup> .....	\$90.00
D6791	Corona de retención - molde completo de metal base principalmente <sup>7</sup> .....	\$90.00
D6792	Corona de retención - molde completo de metal noble <sup>7</sup> .....	\$90.00
D6930	Volver a cementar o pegar dentadura postiza parcial fija .....	Sin Costo
D6940	Placa de descanso <sup>7</sup> .....	Sin Costo
D6980	arreglo de dentadura fija parcial por causa de falla del material restaurador .....	\$15.00

**D7000-D7999 X. CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL**

- Incluye exámenes pre-quirúrgicos y pos-quirúrgicos y tratamiento con anestesia local.

D7111	Extracción, restos de corona - dientes primarios .....	\$3.00
D7140	Extracción de diente avulsionado o raíz expuesta (extracción por elevación y/o fórceps) .....	\$3.00
D7210	Extracción, dientes erupcionados que necesitan la extracción del hueso o la segmentación del diente e incluye la elevación del colgajo mucoperiostico si así está indicado .....	\$8.00
D7220	Extracción de diente traumatizado - tejido blando .....	\$40.00
D7230	Extracción de diente traumatizado - parcialmente óseo .....	\$60.00
D7240	Extracción de diente traumatizado - totalmente óseo .....	\$80.00
D7241	Extracción de diente traumatizado - totalmente óseo con complicaciones quirúrgicas inusuales ...	\$80.00
D7250	Extracción de raíces dentarias residuales (procedimiento de corte) .....	Sin Costo
D7251	Coronectomía: extracción parcial intencional de dientes, solo dientes impactados .....	\$80.00
D7284	Biopsia por excisión de glándulas salivales menores - <i>no incluye procedimientos de patología en el laboratorio</i> .....	Sin Costo
D7286	Biopsia incisional de tejido bucal blando - <i>no incluye procedimientos en laboratorio de patología</i> .	Sin Costo
D7310	Alveoloplastia con extracciones - 4 o más dientes o espacios interdentes - por cuadrante .....	\$50.00
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 .....	\$70.00
D7321	Alveoloplastia sin extracciones - 1 a 3 dientes o espacios interdentes, por cuadrante .....	\$70.00
D7471	Extracción de exostosis lateral (maxilar o mandibular) .....	Sin Costo
D7510	Incisión y drenaje de abscesos - tejido intraoral blando .....	Sin Costo
D7922	Colocación de apósitos biológicos intralveolares para ayudar en la hemostasia o estabilización de coágulos, por sitio .....	Sin Costo
D7961	Frenectomía bucal/labial (frenulectomía) .....	Sin Costo
D7962	Frenectomía lingual (frenulectomía) .....	Sin Costo

**D8000-D8999 XI. ORTODONCIA**

D8070	Tratamiento ortodóncico completo de dientes de leche <i>niños o adolescentes hasta 23 años</i> <sup>3</sup> .....	\$1,600.00
D8080	Tratamiento ortodóncico completo en dentadura de adolescentes <i>adolescentes hasta 19 años</i> <sup>3</sup> ...	\$1,600.00
D8090	Tratamiento ortodóncico completo - <i>adultos, incluye niños a cargo de adultos con cobertura</i> <sup>3</sup> ....	\$1,800.00
D8660	Examen para tratamiento preortodóncico para controlar el crecimiento y desarrollo - <i>no se debe cobrar con otros procedimientos de consulta</i> <sup>4</sup> .....	Sin Costo
D8680	Retención ortodóncica (extracción de aparatos, armado y colocación de retenedores) <sup>11</sup> .....	Sin Costo
D8681	Ajuste de retenedor de ortodoncia extraíble .....	Sin Costo
D8999	Procedimiento ortodóncico no especificado, según informe - <i>incluye CARGOS INICIALES, (con examen inicial, diagnóstico, consulta y colocación de bandas)</i> .....	\$350.00

**D9000-D9999 XII. SERVICIOS GENERALES COMPLEMENTARIOS**

D9110	Tratamiento paliativo del dolor dental - por visita .....	\$5.00
D9211	Anestesia troncal regional .....	Sin Costo
D9212	Anestesia infiltrativa terminal .....	Sin Costo
D9215	Anestesia local en conjunto con procedimientos operativos o quirúrgicos .....	Sin Costo
D9219	Evaluación para sedación moderada, profunda o anestesia general .....	Sin Costo
D9310	Consulta - (diagnóstico por parte de un odontólogo o médico distinto al profesional a cargo del tratamiento) .....	\$10.00

D9311	Consulta con un profesional del cuidado de la salud .....	Sin Costo
D9430	Visita al consultorio para control (durante horas regulares de consulta) - sin otras prestaciones ....	\$5.00
D9440	Visita al consultorio - después de las horas de atención programada .....	\$20.00
D9450	Presentación del caso, posterior a la planificación detallada y extensa del tratamiento .....	Sin Costo
D9912	Evaluación del paciente antes de la visita .....	\$0.00
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
D9986	Consulta perdido - <i>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
D9987	Consulta cancelada - <i>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
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
D9997	gestión de casos dentales - Pacientes con necesidades especiales de atención médica .....	Sin Costo

Los procedimientos que no aparecen detallados en la lista anterior no tienen cobertura. No obstante, podrán ser solicitados al dentista de cabecera conforme a los honorarios preestablecidos.

Los procedimientos con restricciones de edad estarán sujetos a excepciones que se basen en la necesidad médica.

#### NOTAS AL PIE

- <sup>1</sup> Limitado a 1 por cada dentadura durante cualquier período de 12 meses consecutivos.
- <sup>2</sup> Los opcionales se refieren a cualquier procedimiento alternativo presentado por el dentista de cabecera que satisfagan la misma necesidad que cualquier prestación bajo cobertura. Deberán ser elegidos por los miembros asociados y estarán sujetos a las limitaciones y exclusiones estipulados en el programa. El cargo aplicable al miembro asociado es la diferencia entre los honorarios preestablecidos del dentista de cabecera y aquéllos prescritos para los procedimientos bajo cobertura, más cualquier copago aplicable a los mismos. No se considerarán como opcionales aquellas prestaciones que formen parte de la cobertura. Los honorarios preestablecidos son aquéllos que cobra el dentista bajo contrato y que Delta Dental tiene en sus registros. Si usted tiene alguna consulta respecto al Programa DeltaCare, sírvase comunicarse con el Centro de Atención al Cliente de Delta Dental al 800-422-4234.
- <sup>3</sup> Los copagos indicados en la lista cubren hasta 24 meses de tratamiento ortodóncico activo, sin incluir los servicios correspondientes a D8999 (aranceles iniciales). Después de 24 meses de tratamiento permanente, se deberá abonar un cargo mensual de \$75.00.
- <sup>4</sup> En caso de no requerirse un tratamiento ortodóncico integral o si éste fuera abandonado por el miembro, se aplicará un arancel de \$25.00. El miembro asociado también es responsable de los aranceles en concepto de diagnósticos ortodóncicos.
- <sup>5</sup> La amalgama es un Beneficio.
- <sup>6</sup> Un beneficio que se aplica a los dientes permanentes únicamente.
- <sup>7</sup> El reemplazo está sujeto a la condición de que el puente actual tenga más de 5 años.
- <sup>8</sup> El reemplazo está sujeto a la condición de que el arreglo actual tenga más de 5 años.
- <sup>9</sup> La porcelana y otros materiales que simulan piezas dentarias colocados en los molares se consideran adicionales y el miembro asociado deberá pagar por ellos un cargo máximo de \$150.00.
- <sup>10</sup> Incluye ajustes posteriores al parto y acondicionamiento del tejido, si es necesario, durante los primeros seis meses después de la colocación. Para todas las dentaduras postizas inmediatas y las dentaduras postizas parciales removibles inmediatas enumeradas, el copago incluye los ajustes posteriores a la entrega y el acondicionamiento del tejido, si es necesario, durante los tres (3) meses posteriores a la instalación, si continúa siendo elegible y el servicio se brinda en el centro del dentista contratado donde la dentadura se entregó originalmente.
- <sup>11</sup> Incluye ajustes y/o visitas al consultorio hasta 24 meses. Superado el plazo de 24 meses, se aplicará un cargo mensual de \$75.00.

- <sup>12</sup> *El beneficio es una pieza de metal noble o de base. Si una corona, puente, inlay, onlay o núcleo o perno preformados estuvieran hechos de un metal muy noble, se cobrará un adicional de \$100.00 por cada pieza dentaria en concepto de dicha mejora en la calidad de los materiales suministrados. Este cargo se aplica también a las coronas de titanio.*
- <sup>13</sup> *El reemplazo está sujeto a la condición de que la dentadura existente tenga más de 5 años.*

### ANEXO B

Las limitaciones y exclusiones con restricciones de edad que se mencionan a continuación estarán sujetas a excepciones con base en la necesidad médica.

#### Limitaciones y exclusiones de beneficios

1. Las radiografías bucales completas están limitadas a una para cada período de 24 meses consecutivos e incluyen cualquier combinación de periapicales, rayos x de mordida y/o placas panorámicas.
2. Los rayos x de mordida se limitan a no más de una serie de 4 películas en cualquier período de 6 meses.
3. Los moldes para diagnóstico están limitados a asistir al dentista de contrato en la tarea de diagnóstico para los beneficios cubiertos en el plan.
4. Si otorgamos una autorización previa a un cirujano bucal para realizar una biopsia, el examen histopatológico de la muestra que resulte de la biopsia está cubierto y disponible sin costo adicional.
5. La profilaxis o mantenimiento periodontal están limitados a un único procedimiento cada 6 meses.
6. Los beneficios de los selladores incluyen la aplicación de los mismos sólo en el caso de los primeros y segundos molares permanentes sin caries que no hubieran sido reparados y cuya superficie oclusal se hubiera mantenido intacta hasta los 9 años para los primeros molares y hasta los 15 años para los segundos. En cambio, no están cubiertos ni la reparación ni el reemplazo de selladores en ningún diente dentro de los 3 años de su colocación.
7. Los empastes son Beneficios si se trata de la curación de caries, reparaciones menores de piezas dentarias, reemplazo de amalgamas dañadas.
8. Una corona es un beneficio cuando no existe estructura dentaria suficiente donde apoyar la amalgama o no es posible reemplazar una corona existente que ya no es funcional ni reparable y está restringida a un período de 5 años (Limitación N° 12).
9. Las obturaciones (inlays/onlays), coronas o dentaduras postizas parciales fijas (puentes) metálicas con metal base o noble que tienen cobertura se encuentran disponibles con los copagos asignados. Si el afiliado opta por el uso de metal noble alto, el cargo adicional máximo de esta mejora de material es de \$100.00 por diente o pónico. Por un perno y muñón, el Beneficio es para metal base o noble. Si el afiliado opta por el uso de metal noble alto para el perno y muñón, el cargo adicional máximo de esta mejora de material es de \$100.00 por diente.
10. En el caso de los molares, un inlay, onlay, corona o unidad cubierta de una dentadura postiza parcial fija (puente) es metálico sin porcelana u otro material del color del diente. Si elige usar porcelana, porcelana fusionada con metal, resina o resina con metal, el costo adicional máximo para esta mejora del material del color del diente es de \$150.00 por molar.
11. Si usted también elige un margen de porcelana para una corona cubierta de porcelana fusionada con metal, el costo adicional máximo para esta actualización de laboratorio es de \$75.00.
12. El reemplazo de un inlay, onlay, corona, dentadura parcial fija (puente) o dentadura parcial o completa removible existentes tendrá cobertura cuando:
  - a. El arreglo/puente/dentadura existente ya no es funcional y no se puede reparar ni ajustar para recuperar su funcionalidad; y
  - b. Uno de los siguientes:
    - El arreglo/puente/dentadura funcional existente se realizó hace 5 años o más antes de su reemplazo; o
    - Si una dentadura parcial existente tuviera menos de 5 años de antigüedad pero se debe reemplazar con otra dentadura parcial nueva debido a la pérdida de un diente natural, que no se puede sustituir añadiendo otro diente a la dentadura parcial existente.

13. El recubrimiento pulpar directo o indirecto es sólo un Beneficio cuando se trata de un diente permanente vital con un ápice abierto o un diente vital primario.
14. A excepción de los recubrimientos pulpares o pulpotomías, los procedimientos endodónticos (es decir, tratamiento del conducto radicular, apicectomía, reobturación, etc.) son sólo un Beneficio en el caso de dientes permanentes.
15. La pulpotomía terapéutica en un diente permanente se limita a un tratamiento paliativo cuando el dentista de cabecera no realice ningún tratamiento del conducto radicular.
16. La tartrectomía y alisado radicular se limitan a 4 cuadrantes durante un período de 12 meses.
17. El desbridamiento bucal completo (a gran escala) se limita a un solo tratamiento en cualquier período de 12 meses.
18. La cobertura para la colocación de una dentadura parcial fija (puente) se limita a:
  - a. No se incluye ningún puente voladizo posterior (diente prostético); **y**
  - b. Uno de los siguientes:
    - El único diente a reemplazar en el arco es un diente permanente que se no se puede sustituir añadiendo otra pieza a una dentadura parcial removible existente; **o**
    - El nuevo puente reemplazaría a un puente existente no funcional (véase Limitación N° 9); **o**
    - Cada diente pilar a coronar cumple con las limitaciones y exclusiones.
19. Los tratamientos de recubrimiento, rebasado y acondicionamiento tisular se limitan a uno por dentadura durante un período de 12 meses consecutivos.
20. Las dentaduras temporarias parciales (prótesis) y los dispositivos fijos o removibles se limitan a:
  - El reemplazo de dientes anteriores extraídos en adultos durante el período de curación cuando no fuera posible añadir dientes a una dentadura parcial existente **o**
  - El reemplazo de dientes permanentes para hijos Dependientes menores de 16 años.
21. Los dientes primarios retenidos recibirán cobertura como dientes primarios.
22. La excisión del frenillo es un beneficio sólo cuando restringe la movilidad de la lengua, provoca un diastema interdental mayor o interfiere con algún prostético dentario.
23. Los beneficios prestados por dentistas pediátricos se limitan exclusivamente a niños hasta la edad de 13 años, una vez consultado el dentista de cabecera asignado y tras la autorización nuestra, menos los copagos correspondientes. Los problemas clínicos excepcionales, sin importar la edad, serán considerados individualmente.
24. En casos de lesiones por accidente, la cobertura que estará disponible para el paciente es aquélla que se describe en el *Anexo B, Cobertura de Lesiones por Accidente*. Los daños provocados a los tejidos blando y duro de la cavidad oral a causa de la función normal de masticación y el desgaste normal y específico tendrán cobertura según se describe en el *Anexo A, Descripción de Beneficios y Cobertura, y el Anexo B sobre Limitaciones y exclusiones de la cobertura*.
25. Los beneficios de un programa de manejo de tejidos blandos se limitan a aquellas partes que se enumeran como servicios cubiertos en el *Anexo A, Descripción de beneficios y copagos*. Si rechaza servicios no cubiertos dentro de un programa de manejo de tejidos blandos, no elimina ni altera otros Beneficios cubiertos.
26. Una nueva dentadura postiza removible parcial o completa incluye ajustes posteriores a la entrega y acondicionamiento del tejido sin costo adicional durante los primeros seis meses después de la colocación si continúa siendo elegible y el servicio se brinda en el centro del dentista contratado donde se entregó originalmente la dentadura postiza. Las dentaduras postizas inmediatas y las dentaduras postizas parciales removibles inmediatas incluyen ajustes posteriores al parto y acondicionamiento del tejido sin costo adicional durante los primeros tres (3) meses después de la colocación.

27. Los servicios opcionales se refieren a cualquier procedimiento alternativo presentado por el dentista de cabecera que satisfagan la misma necesidad que cualquier prestación bajo cobertura. Deberán ser elegidos por los miembros asociados y estarán sujetos a las limitaciones y exclusiones estipulados en el programa. El cargo aplicable al miembro asociado es la diferencia entre los honorarios preestablecidos del dentista de cabecera y aquéllos prescritos para los procedimientos bajo cobertura, más cualquier copago aplicable a los mismos. No se considerarán como opcionales aquellas prestaciones que formen parte de la cobertura.

Los procedimientos opcionales incluyen:

- El uso de materiales del color natural de los dientes al restaurar un diente posterior con algún empaste, inlay u onlay; y
- Unidades en una dentadura parcial fija (puente) hecha de porcelana/cerámica, que no estuviera fusionada ni sostenida por ninguna pieza de metal preformado en la base.

### Beneficios Excluidos

1. Todo tratamiento que no esté específicamente indicado en el *Anexo A, Descripción de Beneficios y Copagos*.
2. Las condiciones dentales que resulten o sean consecuencia del trabajo que realiza habitualmente el miembro asociado y que estén cubiertas por el seguro de accidente de trabajo que abona el empleador. Los servicios prestados al miembro asociado por el gobierno de algún estado u organismo del mismo o que preste sin cargo alguna municipalidad, condado o dependencia administrativa, salvo lo previsto en el Artículo 1373(a) del Código de Salud y Seguridad.
3. Todos los honorarios de admisión, uso, hospitalización, centros quirúrgicos ambulatorios, instituciones de atención complementaria u otros centros de atención similares.
4. Pérdida o robo de dentaduras parciales o completas, mantenedores de espacio, coronas y dentaduras parciales fijas (puentes).
5. Gastos incurridos en relación con procedimientos dentales iniciados después de la finalización del período de cobertura válido.
6. Gastos dentales incurridos en relación con cualquier procedimiento dental iniciado antes del período de elegibilidad del miembro para acceder al Programa DeltaCare USA. Algunos ejemplos: Dientes preparados para la colocación de coronas, conductos radiculares en curso, tratamiento ortodóncico.
7. Malformaciones congénitas (por ejemplo, dientes faltantes, dientes excedentes, displasias de esmalte y dentina, etc.), salvo en el caso de tratamientos de niños recién nacidos con defectos congénitos o de nacimiento.
8. Administración de drogas que habitualmente no se suministran en un centro odontológico.
9. Cualquier procedimiento que desde el punto de vista del dentista de cabecera:
  - \* 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. ○
  - \* Sea consistente con las normas dentales generalmente aceptadas.
10. Servicios dentales recibidos en cualquier centro dental que no sea del Dentista Contratado y asignado, incluidos los servicios de un especialista dental, a menos que esté expresamente autorizado por nosotros por escrito, o según se estipula en *Servicios de emergencia*. Para obtener Autorización por escrito, el afiliado debe llamar al departamento de Servicio al Cliente al 800-422-4234.
11. Consultas por Beneficios no cubiertos.
12. Colocación o extracción de implantes, dispositivos u otros servicios relacionados con dichos implantes, incluyendo, pero sin carácter limitativo, profilaxis y tratamiento periodontal.

13. Coronas de porcelana, de porcelana con aleación de metal, o de resina con aleación de metal y dentaduras parciales fijas (puentes) para niños menores de 16 años.
14. Arreglos colocados únicamente con fines cosméticos o por abrasión, desgaste, erosión, restauración o modificación de la dimensión vertical, o a causa de una deformación congénita o en el desarrollo de los dientes.
15. Dispositivos o arreglos necesarios para aumentar la dimensión vertical, reemplazar o estabilizar la pérdida de estructura dental por desgaste, realineación de los dientes, ferulización periodontal, registros gnatólogicos, estabilización o tratamiento de alteraciones de la unión temporomandibular (TMJ).
16. Un plan de tratamiento inicial que implique la extracción y el restablecimiento de los contactos oclusales de 10 o más dientes con coronas, restauraciones onlay, dentaduras postizas parciales fijas (puentes) o cualquier combinación de estos se considera una reconstrucción bucal completa en virtud del programa DeltaCare USA. Las coronas, restauraciones onlay y dentaduras postizas parciales fijas asociadas con dicho plan de tratamiento no son un beneficio cubierto. Esta exclusión no afecta ningún otro Beneficio.
17. 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.
18. Extracción de dientes cuando el dentista de cabecera considere dichos procedimientos asintomáticos/no patológicos (sin signos o síntomas de patologías o infecciones) incluyendo, pero sin carácter limitativo, la extracción del tercer molar y extracciones ortodónticas.
19. El tratamiento o extracción de dientes primarios es inminente en casos de exfoliación (desprendimiento normal y pérdida) es inminente.

### Limitaciones ortodónticas

El Programa DeltaCare brinda cobertura para planes de tratamiento ortodóntico a través de nuestros ortodoncistas de contrato. Los aranceles iniciales y de retención, así como el costo para el miembro asociado en concepto del plan de tratamiento aparecen en el *Anexo A, Descripción de Beneficios y Copagos*, y están sujetos a las siguientes condiciones:

1. El tratamiento ortodóntico debe estar a cargo de un ortodoncista elegido entre aquéllos cubiertos por el contrato.
2. Los beneficios serán válidos durante un plazo de 24 meses de tratamiento ortodóntico integral permanente. Los servicios incluyen el examen inicial, diagnóstico, consulta, colocación de bandas, 24 meses de tratamiento constante, extracción de bandas y fase de retención del tratamiento. La fase de retención incluye la construcción inicial, colocación y ajustes de los retenedores y visitas al consultorio durante un período máximo de 2 años.
3. Los planes de tratamiento ortodóntico que se extienden por más de 24 meses o la fase de retención del tratamiento estarán sujetos a un arancel mensual por visitas al consultorio a cargo del miembro asociado no superior a \$75.00.
4. En caso de cancelación o expiración de la cobertura por cualquier motivo durante el tratamiento ortodóntico del paciente, éste, y no Nosotros, será responsable por el pago de cualquier saldo adeudado en concepto del tratamiento recibido después de dicha cancelación o expiración. En ese caso, el pago del miembro asociado tendrá como base un valor máximo de \$2.800.00 para los niños dependientes con cobertura hasta la edad de 19 años y de \$3.000.00 para los adultos y niños dependientes hasta 26 años con cobertura. El monto será prorrateado según la cantidad de meses faltantes hasta finalizar el tratamiento y estará a cargo del miembro asociado, según los términos y condiciones acordados oportunamente entre éste y el ortodoncista de contrato.
5. Si no se requiere tratamiento o si elige no comenzar el tratamiento después de que el ortodoncista contratado haya completado el diagnóstico y la consulta, se le cobrará una tarifa de consulta de \$ 25.00 además de las tarifas del registro de diagnóstico.

6. Se consideran Beneficios tres recementaciones o reemplazos de un bracket o una banda en el mismo diente, o un total de cinco reemplazos de brackets o bandas en distintos dientes durante el periodo de cobertura del tratamiento. Si se realiza alguna recementación o reemplazo adicional de brackets o bandas, el afiliado será responsable de pagar el cargo regular y habitual del Ortodoncista Contratado.
7. El tratamiento de ortodoncia integral (Fase II) consiste en reposicionar todos o casi todos los dientes permanentes en un esfuerzo por hacer que su oclusión sea lo más ideal posible. Este tratamiento suele requerir aparatología fija completa; sin embargo, cuando el Ortodoncista Contratado lo estime conveniente, se podrá sustituir una terapia con aparatología europea o removible con los mismos montos de Copago que para la aparatología fija.

### Exclusiones ortodónticas

1. Registros de tratamientos preliminares, intermedios y posteriores que incluyen radiografías cefalométricas, trazados, fotografías y modelos de estudio.
2. Piezas de ortodoncia extraviadas, robadas o estropeadas.
3. Repetición de tratamiento de casos ortodónticos.
4. Cambios en el tratamiento ortodóntico a causa de un accidente de cualquier índole.
5. El tratamiento ortodóntico inicial o aquél iniciado con anterioridad cuando el mismo no cumpla con las normas profesionales normalmente aceptadas.
6. Procedimientos quirúrgicos derivados del tratamiento ortodóntico.
7. Terapia miofuncional.
8. Procedimientos quirúrgicos relacionados con paladar hendido, micrognatismo o macrognatismo.
9. Tratamiento relacionado con alteraciones en las uniones temporomandibulares.
10. Dispositivos complementarios habitualmente no utilizados en tratamientos ortodónticos integrales.
11. Trabajo de restauración a causa de un tratamiento ortodóntico.
12. Ortodoncia fase I, así como aparatos activadores y tratamientos menores para una correcta alineación dental y/o expansión de arcos. La ortodoncia de fase I es un tratamiento previo que incluye ortodoncia interceptiva antes del desarrollo de dentadura combinada tardía.
13. Extracciones con fines ortodónticos únicamente.
14. Tratamiento en curso al inicio del plazo de validez de la cobertura.
15. Aparatos (brackets) de composite o cerámica, adaptación lingual de bandas ortodónticas y otras opciones cosméticas o especiales para los aparatos de ortodoncia fijos y removibles estándares.
16. El tratamiento de ortodoncia debe ser proporcionado por un Dentista con la licencia correspondiente. La ortodoncia autoadministrada no está cubierta.
17. La remoción de aparato(s) de ortodoncia fijos que no sea por la finalización del tratamiento no es un beneficio cubierto.

### Cobertura de Lesión por Accidente

Una lesión por accidente consiste en un daño provocado a los tejidos blando y duro de la cavidad oral en forma directa e independiente de la acción de cualquier otra fuerza externa. Los daños a los tejidos blando y duro de la

cavidad oral a causa de la función normal de masticación cuentan con cobertura según el *Anexo A, Descripción de Beneficios y Copagos*.

Nosotros pagará hasta el 100 por ciento de los honorarios regulares del dentista en concepto de gastos incurridos por el miembro asociado a causa de una lesión por accidente, menos cualquier copago(s) correspondiente(s), hasta un monto máximo de \$1.600.00 en cualquier período de 12 meses.

La cobertura de lesiones por accidente incluye el procedimiento a continuación, además de aquéllos enumerados en el *Anexo A, Descripción de Beneficios y Copagos*.

### CÓDIGO

D7270 Reimplantación de piezas dentarias y/o estabilización de dientes avulsionados o desplazados accidentalmente y/o alvéolos - incluye ferulización y/o estabilización.

El pago de beneficios por lesiones a causa de accidente está sujeto a las condiciones del *Anexo B, Limitaciones y Exclusiones de la cobertura*, además de las siguientes disposiciones:

### MÁXIMO

La cobertura por lesiones a causa de accidente que recibirá cada miembro alcanzará un monto máximo de \$1.600.00 en cualquier período de 12 meses.

### LIMITACIÓN

La cobertura por accidente está limitada a prestaciones suministradas como resultado de un accidente producido (a) durante el período de cobertura del miembro en el Programa DeltaCare; o (b) durante la cobertura del miembro a través de cualquier otro plan DeltaCare, y siempre y cuando los beneficios en concepto de gastos incurridos hubieran sido pagados si el miembro hubiera continuado su cobertura.

### EXCLUSIONES

Además del *Anexo B*, las Limitaciones N° 13, 15, 20, 21 y 24 y las Exclusiones N° 1-9, 11-15 y 18-20, se aplicarán las siguientes exclusiones:

1. Profilaxis.
2. Injertos extra-orales (injerto de tejido en la cavidad oral desde el exterior de la boca).
3. Reemplazo de arreglos existentes por acción de las caries.
4. Servicios ortodóncicos (tratamiento de desalineación de los dientes y/o las mandíbulas).
5. Reemplazo de arreglos existentes, coronas, puentes, dentaduras y otros aparatos dentales u ortodóncicos dañados a causa de un accidente.

"Honorarios archivados" significa los honorarios del dentista contratado en el archivo con Nosotros. Si usted tiene alguna consulta respecto a dichos honorarios, sírvase comunicarse nosotros departamento de Atención al Cliente a 800-422-4234.

# Compare las características de los planes<sup>1</sup>

	Delta Dental PPO	DeltaCare USA
<b>¿Puedo ir a cualquier dentista?</b>	Puede consultar a cualquier dentista con licencia profesional para recibir cobertura, pero ahorrará más con un dentista de la red.	No, DeltaCare USA tiene una gran red nacional de dentistas certificados y consultorios dentales en los 50 estados y D.C. entre los que puede elegir. Puede seleccionar o cambiar su dentista general de la red de DeltaCare USA en cualquier momento en línea o por teléfono. También se le puede asignar un dentista en la primera visita si aún no ha seleccionado uno <sup>2,3</sup> .
<b>¿Qué procedimientos están cubiertos?</b>	Su plan cubre una amplia gama de servicios, sin exclusiones para la mayoría de las enfermedades preexistentes. La atención preventiva, como las limpiezas y los exámenes de rutina, se ofrece a un costo mínimo o sin costo.	Tiene cobertura para cientos de procedimientos, con copagos bajos o sin copagos en la mayoría de los servicios preventivos, como limpiezas y exámenes de rutina. No hay un límite anual para la cantidad que paga su plan, por lo que tendrá una cobertura integral para la atención que necesita.
<b>¿Hay deducibles y límites máximos?</b>	Sí, la mayoría de los planes tienen un deducible y un límite máximo anual.	No, no hay deducibles ni límites máximos anuales <sup>4</sup> .
<b>¿Estoy cubierto para el tratamiento que comencé con un plan dental distinto patrocinado por mi empleador?</b>	La cobertura se proporciona solo para tratamientos iniciados y completados después de su fecha de entrada en vigencia. El tratamiento de ortodoncia puede ser una excepción a esta regla.	Solo se proporciona cobertura para tratamientos iniciados y completados después de su fecha de entrada en vigencia <sup>5</sup> . El tratamiento de ortodoncia puede ser una excepción a esta regla.
<b>¿Qué sucede si comencé el tratamiento de ortodoncia con mi plan dental anterior?</b>	Normalmente, Delta Dental paga el beneficio restante no pagado por su plan dental anterior.	Su plan incluye cobertura de ortodoncia continua si está actualmente en un tratamiento activo (el movimiento dental ha comenzado).
<b>¿Qué sucede si necesito consultar a un especialista?</b>	No necesita un referido de su dentista.	Cuando se necesite atención dental especializada, su dentista general lo derivará a un especialista de confianza que esté en la red <sup>6</sup> .
<b>¿Cuál es mi cobertura fuera del área?</b>	Puede consultar a cualquier dentista con licencia profesional.	Tiene cobertura para servicio dental de emergencia para emergencias fuera del área de cobertura.
<b>¿Cómo cambio de dentista?</b>	Puede cambiar de dentista en cualquier momento sin ponerse en contacto con nosotros.	Puede seleccionar o cambiar su dentista general en cualquier momento en línea o por teléfono <sup>7</sup> .
<b>¿Debo presentar reclamaciones?</b>	Si consulta a un dentista de Delta Dental, el consultorio dental presentará la reclamación por usted. Si va a un dentista que no es de la red, es posible que tenga que presentar la reclamación usted mismo.	No, no hay documentación que usted deba completar <sup>8</sup> .

Para obtener más información acerca de Delta Dental, visite [es.deltadentalins.com/faqs.html](https://es.deltadentalins.com/faqs.html).

<sup>1</sup> Esta comparación se basa en la cobertura de un plan típico. Consulte su folleto del plan para conocer los beneficios, limitaciones, exclusiones, períodos de espera y otros detalles de cobertura específicos.

<sup>2</sup> En Wyoming, no tiene que seleccionar un dentista general, pero debe visitar a un dentista de la red para recibir los beneficios. En los siguientes estados, puede maximizar sus ahorros si consulta a un dentista de la red, pero puede ir con cualquier dentista con licencia profesional y recibir cobertura que no es de la red: Alaska, Connecticut, Louisiana, Maine, Mississippi, Montana, North Carolina, North Dakota, New Hampshire, Oklahoma, South Dakota, Vermont. Consulte el folleto del plan para conocer los detalles acerca de los beneficios que no son de la red.

<sup>3</sup> Si todavía no le han asignado un dentista general de DeltaCare USA, puede visitar cualquier dentista general de DeltaCare USA que acepte nuevos pacientes. Cuando su dentista seleccionado presente una reclamación que califique, usted será agregado a su lista de pacientes y ese será su dentista general asignado de DeltaCare USA. Una vez asignado, debe visitar este dentista para programar consultas futuras para recibir beneficios.

<sup>4</sup> En Alaska, Connecticut y South Dakota, usted tiene un límite máximo por año calendario fuera de la red de \$500 cuando consulta un dentista que no es de la red.

<sup>5</sup> Excepto en Texas; consulte su folleto del plan para obtener más detalles.

<sup>6</sup> En algunos estados, los beneficios de la atención especializada solo están disponibles para los servicios proporcionados por un especialista que es de la red. Consulte su folleto del plan para obtener más detalles.

<sup>7</sup> Cambie de dentista iniciando sesión en su cuenta en [es.deltadentalins.com/login.html](https://es.deltadentalins.com/login.html) o llamando al 800-422-4234. En los siguientes estados, puede cambiar su dentista en cualquier momento sin ponerse en contacto con Delta Dental: Alaska, Connecticut, Louisiana, Maine, Mississippi, Montana, North Carolina, North Dakota, New Hampshire, Oklahoma, South Dakota, Vermont, Wyoming.

<sup>8</sup> Es posible que deba completar un formulario de reclamación si consulta a un dentista que no es de la red, como por ejemplo para un tratamiento de emergencia limitado o en los siguientes estados: Alaska, Connecticut, Louisiana, Maine, Mississippi, Montana, North Carolina, North Dakota, New Hampshire, Oklahoma, South Dakota, Vermont.



# Inscríbete en la cobertura dental para jubilados

Para jubilados del fondo fiduciario Carpenters Pension Trust Fund for Northern California

Como jubilado del fondo fiduciario Carpenters Pension Trust Fund for Northern California, tienes la opción de adquirir cobertura dental a tarifas de grupo. Esta cobertura dental es ofrecida por Delta Dental of California, el portador de beneficios dentales más antiguo y más grande del estado. Uno de cada tres californianos depende de Delta Dental para obtener una cobertura dental asequible y de calidad.

Puedes elegir entre dos programas dentales:

## **Delta Dental PPO™ (disponible a nivel nacional)**

Delta Dental PPO plan está administrado por Delta Dental of California. Con este plan, puedes visitar a cualquier dentista con la licencia correspondiente en cualquier parte del mundo. Sin embargo, recibirás la mayor cantidad de beneficios cuando visites a un dentista de la PPO. Los cargos de los dentistas de la PPO están preaprobados y ellos se encargan de todo el papeleo de las reclamaciones de forma gratuita. Hay un deducible de \$50 por persona (exento para servicios de diagnóstico y prevención) y un límite máximo de \$1,000 por persona cada año.

## **DeltaCare® USA: Dental HMO (disponible solo en California)**

DeltaCare USA está administrado por DDIC. DeltaCare USA contrata a dentistas para garantizar una atención de calidad a los afiliados. En la actualidad, más de 1.25 millones de afiliados están cubiertos bajo DeltaCare USA. No hay formularios de reclamación, ni deducibles ni límites máximos de los que preocuparse.

Delta Dental PPO, número de grupo:  
10294

DeltaCare USA, número de grupo: 70907

Cobertura	Prima mensual*
Jubilado solo	\$46.00
Jubilado + un dependiente	\$81.00
Jubilado + dos o más dependientes	\$135.00

\*Estas tarifas están garantizadas hasta el 31 de diciembre de 2025.

Cobertura	Prima mensual*
Jubilado solo	\$28.00
Jubilado + un dependiente	\$45.00
Jubilado + dos o más dependientes	\$62.00

\*Estas tarifas están garantizadas hasta el 31 de diciembre de 2025.

## Plan de pagos automáticos

Todos los pagos de tu plan Delta Dental PPO o DeltaCare USA se deducen automáticamente de tu pago mensual de la pensión.

## Inscripción

Después de seleccionar tu programa dental, envía el formulario de inscripción completo a la siguiente dirección:

Carpenters Pension Trust Fund  
P.O. Box 2280  
Oakland, CA 94621-0180

## ¿Tienes alguna pregunta?

Si tienes alguna pregunta acerca de las opciones de tu plan, llámanos a los siguientes números:

Plan	Servicio al Cliente	Horario de atención
Delta Dental PPO	888-335-8227	de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico
DeltaCare USA	800-422-4234	de lunes a viernes, de 5:00 a. m. a 6:00 p. m., hora del Pacífico

Contamos con representantes plurilingües que se encuentran disponibles de lunes a viernes. Nuestros representantes de Servicio al Cliente han trabajado en centros dentales y pueden responder preguntas sobre los beneficios, así como también hacer arreglos para transferencias de centros y derivaciones para atención de urgencia.

Nota: Este es solo un breve resumen de cada plan. Se te enviará una Evidencia de Cobertura al momento de la inscripción, en la que se establecen los términos del plan.

# Formulario de inscripción para la cobertura dental para jubilados

Participantes jubilados del fondo fiduciario Carpenters Pension Trust Fund for Northern California

Nombre completo (primer nombre, segundo nombre, apellido)		Número de identificación del participante	
<input style="width: 95%;" type="text"/>		<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
Dirección postal (calle, ciudad, estado, código postal)			
<input style="width: 98%;" type="text"/>			
Fecha de nacimiento	<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de teléfono
<input style="width: 95%;" type="text"/>			
Haz una lista de los dependientes elegibles que tendrán cobertura además de ti:			
Cónyuge o hijo	Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido)	Sexo	Fecha de nacimiento
<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input style="width: 350px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input style="width: 100px;" type="text"/>
<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input style="width: 350px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input style="width: 100px;" type="text"/>
<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input style="width: 350px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input style="width: 100px;" type="text"/>
<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input style="width: 350px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input style="width: 100px;" type="text"/>
Después de revisar los costos a continuación, marca la casilla "Elección" con tu selección de beneficios. Marca solo una elección. (Delta Dental ha garantizado estas tarifas hasta el 31 de diciembre del 2028).			

Delta Dental PPO Grupo n.º 10294	Prima mensual	Elección	DeltaCare® USA (HMO) Grupo n.º 70907 (Solo disponible en California)	Prima mensual	Elección
Jubilado solo	\$46.00	<input type="checkbox"/>	Jubilado solo	\$28.00	<input type="checkbox"/>
Jubilado + un dependiente	\$81.00	<input type="checkbox"/>	Jubilado + un dependiente	\$45.00	<input type="checkbox"/>
Jubilado + dos o más dependientes	\$135.00	<input type="checkbox"/>	Jubilado + dos o más dependientes	\$62.00	<input type="checkbox"/>

Indica el número de centro del consultorio dental de DeltaCare USA que has elegido:

Por la presente autorizo al fondo fiduciario de Carpenters Pension Trust Fund for Northern California a deducir la prima de Delta Dental requerida de mi beneficio de la pensión cada mes. La deducción de la prima autorizada se pagará mensualmente a Delta Dental of California con el fin de mantener mi cobertura dental.

Siempre que se me notifique primero por escrito cualquier ajuste de la prima, por la presente autorizo la deducción de las primas ajustadas según sea necesario para mantener mi cobertura dental.

Entiendo que Delta Dental of California no tiene ningún derecho exigible sobre el pago de los beneficios de mi plan de pensiones o cualquier parte de este, excepto sobre los pagos realmente recibidos por Delta Dental of California conforme a esta autorización.

Además, entiendo y acepto que esta autorización permanecerá en vigor durante al menos un año, a menos que deje de ser elegible para un beneficio mensual. Si revoco esta autorización y cancelo la cobertura dental antes de que finalice un año, entiendo que no podré volver a inscribirme a mí mismo ni a mis dependientes en el plan dental hasta el siguiente periodo de inscripción abierta, después de una espera de dos años.

Firma del jubilado

Número de identificación del  
participante

Fecha

Devolver el formulario a la siguiente dirección:  
Carpenters Pension Trust Fund  
P.O. Box 2280  
Oakland, CA 94614

# Información de interés una vez que se haya inscrito

## Busque un dentista de la red cerca de usted

Use nuestra cómoda herramienta **Buscar un dentista** y seleccione su red.

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

## Inscríbese para una cuenta en línea

Use su dispositivo móvil o computadora para obtener una cuenta en línea segura y útil en [es.deltadentalins.com/individuals-and-families/welcome.html](https://es.deltadentalins.com/individuals-and-families/welcome.html).

- Revise los beneficios de su plan.
- Acceda a su tarjeta de identificación.

## Deje de usar papel

Ahorre papel eligiendo ver todos sus documentos en línea en lugar de recibirlos por correo postal.

## ¿Necesita ayuda? Infórmenos.

### En línea:

Visite [es.deltadentalins.com/contact](https://es.deltadentalins.com/contact) y seleccione la compañía a través de la cual recibe beneficios.

### Llame gratis al:

Los agentes de servicio al cliente están disponibles de lunes a viernes, durante el horario habitual de atención. O use nuestro sistema telefónico automatizado interactivo, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

**Delta Dental PPO:** 888-335-8227

**DeltaCare USA:** 800-422-4234

### Escriba a:

#### Delta Dental PPO:

Delta Dental Customer Service  
P.O. Box 997330  
Sacramento, CA 95899-7330

#### DeltaCare USA:

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

**Este es solo un breve resumen de su plan.** Este folleto proporciona información importante acerca de ambos planes dentales para ayudarle a elegir la mejor opción para sus necesidades. Este folleto no pretende reemplazar su folleto legalmente obligatorio del plan. Su Contrato de servicios dentales de grupo o Evidencia/Certificado de cobertura determina los términos y las condiciones exactos de su cobertura. Consulte su folleto del plan para obtener una lista completa de los procedimientos cubiertos, los copagos y las limitaciones y exclusiones del plan. Su Evidencia/Certificado de cobertura se le enviará por correo cuando se inscriba. Si desea revisar una Evidencia/Certificado de cobertura antes de la inscripción, puede solicitar una copia llamando al número telefónico del Servicio al Cliente para cada plan indicado en la última página de este folleto.

### Administración de los productos

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, Maine, Michigan, Minnesota, North Carolina, North Dakota, Nebraska, New Hampshire, Oklahoma, Oregon, Rhode Island, South Carolina, South Dakota, Virginia, Vermont, Washington, Wisconsin y Wyoming por Dentegra Insurance Company; en Alaska, Connecticut, District of Columbia, Delaware, Florida, Georgia, Kansas, Louisiana, Mississippi, Montana, Tennessee y West Virginia por Delta Dental Insurance Company; en Hawaii, Idaho, Illinois, Indiana, Kentucky, Maryland, Missouri, New 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 New Mexico por Alpha Dental of New Mexico, Inc.; en New York por Delta Dental of New York, Inc.; en Pennsylvania por Delta Dental of Pennsylvania. Delta Dental Insurance Company opera como administradora de DeltaCare USA en todos estos estados. Estas compañías tienen la responsabilidad financiera de sus propios productos.

El plan Delta Dental PPO está respaldado por Delta Dental Insurance Company en Alabama, District of Columbia, Florida, Georgia, Louisiana, Mississippi, Montana, Nevada y Utah, y por empresas de servicios dentales sin fines de lucro en los siguientes estados: California - Delta Dental of California; Pennsylvania, Maryland - Delta Dental of Pennsylvania; New York - Delta Dental of New York, Inc.; Delaware - Delta Dental of Delaware, Inc.; West Virginia - Delta Dental of West Virginia, Inc. En Texas, Delta Dental Insurance Company ofrece un plan de Organización de proveedores de servicios dentales (DPO, por sus siglas en inglés).

West Virginia: Obtenga información acerca de nuestro compromiso de proporcionar acceso a una red de dentistas de calidad en [es.deltadentalins.com/about/legal/enrollee.html](https://es.deltadentalins.com/about/legal/enrollee.html).

Delta Dental y DeltaCare USA son marcas registradas de Asociación de Planes de Delta Dental.