

Siga sonriendo

DeltaCare® USA

Proporcionado por
Alpha Dental of Nevada, Inc.



¡Obtener beneficios dentales es más fácil!

Cuando se inscriba en un plan de DeltaCare USA¹, 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.²

- 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 máximos³ 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

¹ 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, Vermont, Virginia, 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. Delta Dental es una marca registrada de la Asociación de Planes de Delta Dental.

² Antes de cada cita, verifique su dentista seleccionado de atención primaria de DeltaCare USA.

³ 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.



es.deltadentalins.com/enrollees

Preguntas frecuentes

Lo que debe saber sobre su plan DeltaCare USA

Cómo comenzar

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

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

2. ¿Cómo comienzo a usar mi plan DeltaCare USA?

Una vez que procesemos su inscripción, le enviaremos por correo sus materiales de bienvenida, que incluirán:

- **El nombre, la dirección y el número de teléfono de su dentista de cuidado primario.** Simplemente llame al centro dental y haga una cita. **Nota importante:** Para poder recibir los beneficios de su plan, debe visitar a su dentista de cuidado primario de la red para todos los servicios. Si necesita tratamiento por parte de un especialista, su dentista general de DeltaCare USA coordinará la derivación por usted. Para cambiar su dentista de cuidado primario, póngase en contacto con nosotros.
- **Su Evidencia o Certificado de cobertura (folleto del plan).** Este documento útil le brinda una descripción exhaustiva de cómo usar sus beneficios, incluidos los servicios cubiertos, los copagos, y las limitaciones y exclusiones de su plan.
- **Una tarjeta de identificación.** Esta tarjeta es para sus registros solamente: no tiene que presentarla para recibir tratamiento.

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

Entre dos y cuatro semanas¹ es un periodo razonable para esperar una cita de rutina, es decir, no urgente. Si usted solicita una franja horaria específica, es posible que deba esperar más. La mayoría de los dentistas de DeltaCare USA forman parte de consultorios compartidos privados y, por lo general, ofrecen mayor disponibilidad de citas y horarios de atención más amplios.

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

Con su plan DeltaCare USA, algunos servicios están cubiertos sin costo, mientras que otros tienen un copago (cantidad que usted paga) por ciertos servicios. Para averiguar cuánto le costará un tratamiento, consulte la "Descripción de beneficios y copagos" en este folleto para obtener 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 tenga que analizar el copago por un servicio con su dentista. Si tiene alguna pregunta sobre los cargos por un servicio, póngase en contacto con Servicio al cliente. Si recibe un tratamiento que requiere un copago, pague al centro dental en el momento del servicio.

Cómo elegir un dentista

5. ¿Cómo selecciono a mi dentista de cuidado primario?

Al momento de inscribirse, usted debe seleccionar un dentista de cuidado primario de la red de DeltaCare USA. Para buscar un dentista, use la herramienta "Buscar un dentista" en es.deltadentalins.com y seleccione la red de DeltaCare USA. Si no selecciona un dentista cuando se inscriba, elegiremos uno por usted.

6. ¿Todos los miembros de mi familia deben elegir el mismo dentista de cuidado primario?

No. Cada miembro de la familia puede seleccionar su propio dentista de cuidado primario de la red.²

7. ¿Puedo cambiar mi dentista de cuidado primario?

Sí. Puede solicitar cambiar su dentista de cuidado primario en cualquier momento. Simplemente visite nuestro sitio web e inicie sesión en su cuenta en línea o comuníquese con 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.

¹ En Texas, tres semanas es un periodo razonable para esperar una cita de rutina, es decir, no urgente. En Texas, no hay límite en cuanto al número de millas o en la cantidad en dólares por emergencia.

² En Massachusetts, no puede seleccionar más de tres centros de dentistas de cuidado primario por familia.

8. Mi dentista dice que es dentista de Delta Dental, pero no está en el directorio de DeltaCare USA. ¿De todas formas puedo consultarla para recibir servicios?

No. Delta Dental tiene muchas redes, y la participación puede variar: no todos los dentistas de Delta Dental son dentistas de DeltaCare USA. Debe visitar al dentista de cuidado primario de la red que usted eligió para recibir los beneficios de este plan.

9. ¿Qué debo hacer si tengo que consultar a un especialista?

Si requiere cuidado dental especializado (como cirugía bucal, endodoncia, periodoncia u odontología pediátrica), póngase en contacto con su dentista de cuidado primario para solicitarle una derivación. Los servicios dentales especializados que no sean realizados por su dentista de cuidado primario deberán ser autorizados por nosotros. Usted es responsable de cualquier copago que corresponda.

Información general sobre el plan

10. Si viajo, ¿mi plan cubre el tratamiento de emergencia?

Usted y sus dependientes elegibles tienen una cobertura fuera del área para emergencias dentales cuando se encuentren a más de 35 millas de su dentista de cuidado primario. Su beneficio de emergencia fuera del área (normalmente limitado a \$100 por persona³) es por servicios para aliviar el dolor hasta que pueda volver a su dentista de cuidado primario de la red.

11. ¿Puedo obtener acceso a mi plan en línea?

Sí. Visite es.deltadentalins.com para crear una cuenta en línea gratuita y segura. Puede acceder a los beneficios de su plan y su tarjeta de identificación, seleccionar (o cambiar) su dentista de cuidado primario y mucho más.

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

Su plan cubre el tratamiento de enfermedades preexistentes (excepto trabajo en curso⁴), incluidos dientes faltantes o extracciones. 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. Algunos planes de DeltaCare USA pueden cubrir tratamientos de ortodoncia en curso.

13. ¿Mi plan cubre el blanqueamiento dental?

Sí. El blanqueamiento externo es un beneficio de su plan DeltaCare USA. Revise el folleto de su plan para obtener más información y hable con su dentista acerca de sus opciones.

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

Sí. La porcelana y otros materiales del color de los dientes están incluidos en este plan.

15. ¿Qué sucede si tengo preguntas adicionales sobre mi plan?

Póngase en contacto con nosotros para obtener más ayuda. Nuestros representantes de Servicio al cliente pueden responder preguntas sobre beneficios y ayudarlo a cambiar de dentista de cuidado primario o a organizar derivaciones para obtener atención de urgencia. Consulte la contratapa de este folleto para obtener nuestra información de contacto.

³ En Texas, no hay límite en cuanto al número de millas o en la cantidad en dólares por emergencia.

⁴ En Texas, no hay excepción por trabajo en curso para los beneficios cubiertos por DeltaCare USA.

¡Se lo hacemos fácil!



Elija un dentista de DeltaCare USA



Reciba sus materiales de bienvenida



Programe una cita



Reciba cuidado dental



Pague solo la parte 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 2020, 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	\$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 radiografías - <i>limitado 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
D0250	Extrabucal - radiografía de proyección 2D creada utilizando una fuente de radiación estacionaria y un detector	Sin Costo
D0251	Imagen radiográfica dental posterior extrabucal	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
D0277	rayos-X de mordida verticales - de 7 a 8 radiografías	Sin Costo
D0330	radiografía panorámica	Sin Costo
D0415	Toma de muestra de microorganismos para cultivo y prueba de sensibilidad	Sin Costo
D0419	Evaluación del flujo salival por medición - <i>1 cada 12 meses</i>	Sin Costo
D0425	Pruebas de susceptibilidad a las caries	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 3 años</i>	Sin Costo
D0602	Evaluación y documentación de riesgo de caries con resultados de riesgo moderado - <i>1 cada 3 años</i>	Sin Costo

D0603	Evaluación y documentación de riesgo de caries con resultados de alto riesgo - <i>1 cada 3 años</i>	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 profiláctica - adultos - <i>1 D1110, D1120 o D4346 cada 6 meses</i>	Sin Costo
D1110	Limpieza profiláctica adicional - adultos (dentro de un período de 6 meses)	\$45.00
D1120	Limpieza profiláctica - niños - <i>1 D1110, D1120 o D4346 cada 6 meses</i>	Sin Costo
D1120	Limpieza profiláctica adicional - niños (dentro de un período de 6 meses)	\$35.00
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
D1310	Asesoramiento nutricional para el control de enfermedades dentales	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 para detener caries provisional - 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.

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

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

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 a base de resina - 4 superficies o más, puede incluir ángulo incisal (anterior)	Sin Costo
D2390	Corona con a base de resina, anterior	\$35.00
D2391	Empaste a base de resina - 1 superficie, posterior	\$55.00
D2392	Empaste a base de resina - 2 superficies, posteriores	\$65.00
D2393	Empaste a base de resina - 3 o más superficies, posteriores	\$75.00
D2394	Empaste a base de resina - 4 superficies o más, posteriores	\$85.00
D2510	Inlay - metálico - 1 superficie	Sin Costo
D2520	Inlay - metálico - 2 superficies	Sin Costo
D2530	Inlay - metálico - 3 superficies o más	Sin Costo
D2542	Onlay - metálico - 2 superficies	Sin Costo

D2543	Onlay - metálico - 3 superficies	Sin Costo
D2544	Onlay - metálico - 4 superficies o más	Sin Costo
D2610	Inlay - porcelana/cerámica - 1 superficie	\$165.00
D2620	Inlay - porcelana/cerámica - 2 superficies	\$190.00
D2630	Inlay - porcelana/cerámica - 3 superficies o más	\$200.00
D2642	Onlay - porcelana/cerámica - 2 superficies	\$185.00
D2643	Onlay - porcelana/cerámica - 3 superficies	\$205.00
D2644	Onlay - porcelana/cerámica - 4 superficies o más	\$220.00
D2650	Inlay - a base de resina - 1 superficie	\$105.00
D2651	Inlay - a base de resina - 2 superficies	\$120.00
D2652	Inlay - a base de resina - 3 superficies o más	\$145.00
D2662	Onlay - a base de resina - 2 superficies	\$140.00
D2663	Onlay - a base de resina - 3 superficies	\$155.00
D2664	Onlay - a base de resina - 4 superficies o más	\$185.00
D2710	Corona - a base de resina (indirecto)	\$50.00
D2712	Corona - 3/4 a base de resina (indirecto)	\$50.00
D2720	Corona - resina con metal muy noble	\$195.00
D2721	Corona - resina con metal basico predominantemente	\$95.00
D2722	Corona - resina con metal noble	\$135.00
D2740	Corona - porcelana/cerámica	\$240.00
D2750	Corona - porcelana fundido con metal muy noble	\$240.00
D2751	Corona - porcelana fundido con metal basico predominantemente	\$140.00
D2752	Corona - porcelana fundido con metal noble	\$180.00
D2753	Corona - porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio	\$240.00
D2780	Corona - 3/4 de recubrimiento con metal muy noble	\$210.00
D2781	Corona - 3/4 de recubrimiento con base principalmente de metal	\$110.00
D2782	Corona - 3/4 de recubrimiento con metal noble	\$150.00
D2783	Corona - 3/4 porcelana/cerámica	\$240.00
D2790	Corona - recubrimiento completo con metal muy noble	\$210.00
D2791	Corona - recubrimiento completo con metal basico predominantemente	\$110.00
D2792	Corona - recubrimiento completo con metal noble	\$150.00
D2794	Corona - titanio y aleaciones de titanio	\$240.00
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
D2929	Corona prefabricada de porcelana/cerámica - diente primario - <i>anterior</i>	\$20.00
D2930	Corona preformada de acero inoxidable - diente primario	\$15.00
D2931	Corona preformada de acero inoxidable - diente permanente	\$15.00
D2932	Corona de resina prefabricada - <i>diente primario anterior</i>	\$25.00
D2933	Corona preformada de acero inoxidable con ventana de resina - <i>diente primario anterior</i>	\$20.00
D2940	Restauración protectora	\$5.00
D2941	Restauración terapéutica temporal - dentición primaria	\$5.00
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	\$10.00
D2952	Perno y núcleo preformados además de la corona, fabricados indirectamente - <i>incluye preparación de conducto</i>	\$35.00
D2953	Cada perno preformado adicional, fabricado indirectamente - mismo diente - <i>incluye preparación de conducto</i>	\$25.00
D2954	Perno y núcleo preformados además de la corona - <i>perno con base de metal; incluye preparación del canal</i>	\$20.00
D2957	Cada perno preformado adicional - mismo diente <i>perno metálico; incluye preparación de conducto</i>	\$15.00
D2971	Procedimientos adicionales para colocar una corona nueva debajo de una dentadura parcial existente	\$28.00

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
D2990	Infiltración de resina de lesiones incipientes en la superficie lisa - <i>limitado a molares permanentes hasta 15 años</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) ...	\$20.00
D3240	Terapia pulpar (empaste reabsorbible) - diente primario, posterior (no incluye restauración final) ..	\$20.00
D3310	Endodoncia tratamiento de canal radicular, dientes anteriores (sin restauración final)	\$55.00
D3320	Endodoncia, diente premolar (no incluye restauraciones finales)	\$120.00
D3330	Endodoncia, muela (no incluye restauraciones finales)	\$250.00
D3331	Tratamiento de obstrucción del conducto radicular; sin intervención quirúrgica	\$55.00
D3332	Terapia endodóntica incompleta; diente no operable ni reparable o fracturado	\$55.00
D3333	Restauración de perforaciones del piso de la cámara pulpar	\$55.00
D3346	Repetición de una terapia anterior del conducto radicular - anterior	\$85.00
D3347	Tratamiento posterior de conducto radicular previo - premolars	\$150.00
D3348	Repetición de una terapia anterior del conducto radicular - molar	\$280.00
D3351	Apexificación/recalcificación - visita inicial (cierre apical/reparación calcifical de perforaciones, reabsorción de raíz, etc.)	\$75.00
D3352	Apexificación/recalcificación - reemplazo provisional de medicamento (cierre apical/reparación de perforaciones con calcio, reabsorción de la raíz, desinfección del espacio de la pulpa, etc.)	\$50.00
D3353	Apexificación/recalcificación - consulta final (incluye terapia completa del conducto radicular - cierre apical/reparación de perforaciones por calcificación, reabsorción radicular, etc.)	\$50.00
D3410	Apicectomía - anterior	\$60.00
D3421	Apicectomía - premolar (primera raíz)	\$70.00
D3425	Apicectomía - molar (primer tratamiento)	\$80.00
D3426	Apicectomía (cada tratamiento adicional)	\$50.00
D3427	Cirugía perirradicular sin apicoectomía	\$60.00
D3430	Retratamiento de conducto - por raíz	\$60.00
D3450	Amputación radicular - por raíz	Sin Costo
D3920	Radectomía (con extracción de raíz), sin incluir el tratamiento del conducto radicular	\$30.00

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	\$130.00
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia - 1 a 3 dientes contiguos o espacios dentales vecinos por cuadrante	\$80.00
D4212	Gingivectomía o gingivoplastia para hacer espacio para el procedimiento de restauración, por diente	\$80.00
D4240	Procedimiento de colgajo gingival, con alisado radicular - 4 o más dientes contiguos o espacios dentales vecinos por cuadrante	\$130.00
D4241	Procedimiento de colgajo gingival, con alisado radicular - 1 a 3 dientes contiguos o más o espacios dentales vecinos por cuadrante	\$80.00
D4245	Colgajo en posición apical	\$125.00
D4249	Alargamiento clínico de corona - tejido duro	\$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	\$280.00
D4261	Cirugía ósea (incluye elevación de un colgajo de grosor completo y cierre); uno a tres espacios entre dientes consecutivos o delimitados por cuadrante	\$225.00
D4263	Injerto de reemplazo óseo - diente natural retenido - primer sitio en el cuadrante	\$205.00

D4264	Injerto de reemplazo óseo - diente natural retenido - cada sitio adicional en el cuadrante	\$70.00
D4270	Injerto tisular de pedículo blando	\$205.00
D4274	Procedimiento de cuña mesial/distal, diente único (cuando éste no se lleve a cabo junto con procedimientos quirúrgicos en la misma área anatómica)	\$45.00
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	\$205.00
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	\$205.00
D4341	Tartrectomía y alisado radicular - 4 dientes o más por cuadrante - <i>limitado a 4 cuadrantes durante un período de 12 meses consecutivos</i>	\$25.00
D4342	Tartrectomía y alisado radicular - 1 a 3 dientes por cuadrante - <i>limitado a 4 cuadrantes durante un período de 12 meses consecutivos</i>	\$20.00
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 orales completos en la visita subsiguiente - <i>limitado a un tratamiento en un período de 12 meses consecutivos</i>	\$25.00
D4910	Mantenimiento periodontal - <i>limitado a 1 tratamiento cada 6 meses</i>	\$15.00
D4910	Mantenimiento periodontal adicional (dentro de un período de 6 meses)	\$55.00
D4921	Irrigación gingival - por cuadrante	Sin Costo

D5000-D5899 VI. PROSTODONCIA (removible)

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

- Cada miembro tendrá derecho a un tratamiento de rebasado y acondicionamiento tisular por cada dentadura durante un 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	\$145.00
D5120	Dentadura completa - mandibular	\$145.00
D5130	Dentadura inmediata - maxilar	\$165.00
D5140	Dentadura inmediata - mandibular	\$165.00
D5211	Dentadura postiza parcial maxilar - base de resina (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes)	\$120.00
D5212	Dentadura postiza parcial mandibular - base de resina (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes)	\$120.00
D5213	Dentadura maxilar parcial - esqueleto de metal preformado con bases de resina para piezas dentarias (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	\$160.00
D5214	Dentadura mandibular parcial - esqueleto de metal preformado con bases de resina para piezas dentarias (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	\$160.00
D5221	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata - base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	\$120.00
D5222	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata - base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	\$120.00
D5223	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata - molde metálico con bases de resina para dentadura postiza (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	\$160.00
D5224	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata - molde metálico con bases de resina para dentadura postiza (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	\$160.00
D5225	Dentadura maxilar parcial - base flexible (incluye retenedores, apoyos y dientes)	\$210.00
D5226	Dentadura mandibular parcial - base flexible (incluye retenedores, apoyos y dientes)	\$210.00
D5410	Ajuste de dentadura completa - maxilar	\$10.00
D5411	Ajuste de dentadura completa - mandibular	\$10.00
D5421	Ajuste de dentadura parcial - maxilar	\$10.00
D5422	Ajuste de dentadura parcial - mandibular	\$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
D5670	Reemplazo de dentadura completa y acrílico en esqueleto metálico (maxilar)	\$135.00
D5671	Reemplazo de dentadura completa y acrílico en esqueleto metálico preformado (mandibular)	\$135.00
D5710	Acondicionamiento de base de dentadura maxilar completa	\$55.00
D5711	Acondicionamiento de base de dentadura mandibular completa	\$55.00
D5720	Acondicionamiento de base de dentadura maxilar parcial	\$55.00
D5721	Acondicionamiento de base de dentadura mandibular parcial	\$55.00
D5730	Rebasado de dentadura maxilar completa (flancos)	\$20.00
D5731	Rebasado de dentadura mandibular completa (flancos)	\$20.00
D5740	Rebasado de dentadura maxilar parcial (flancos)	\$20.00
D5741	Rebasado de dentadura mandibular parcial (flancos)	\$20.00
D5750	Rebasado de dentadura maxilar completa (laboratorio)	\$60.00
D5751	Rebasado de dentadura mandibular completa (laboratorio)	\$60.00
D5760	Rebasado de dentadura maxilar parcial (laboratorio)	\$60.00
D5761	Rebasado de dentadura mandibular parcial (laboratorio)	\$60.00
D5820	Dentadura parcial temporal (maxilar) - <i>limitado a 1 mes dentro de un período de 12 meses consecutivos</i>	\$75.00
D5821	Dentadura parcial temporal (mandibular) - <i>limitado a 1 mes dentro de un período de 12 meses consecutivos</i>	\$75.00
D5850	Acondicionamiento tisular, maxilar	Sin Costo
D5851	Acondicionamiento tisular, mandibular	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])**

- Cuando un tratamiento coronal o pónico incluya más de 6 unidades, es posible que el miembro deba abonar un cargo adicional de \$100.00 por cada pieza adicional a partir de la sexta unidad.

- El reemplazo de una corona, puente, inlay, onlay o placas de descanso requiere que el puente existente tenga una antigüedad de 5 años.

D6210	Puente - metal preformado muy noble	\$210.00
D6211	Puente - base preformada con metal basico predominantemente	\$110.00
D6212	Puente - metal preformado noble	\$150.00
D6240	Puente - porcelana fundido con metal muy noble	\$240.00
D6241	Puente - porcelana fundido con metal basico predominantemente	\$140.00
D6242	Puente - porcelana fundido con metal noble	\$180.00
D6243	Pónico - porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio	\$180.00
D6245	Puente - porcelana/cerámica	\$240.00
D6250	Puente - resina con metal muy noble	\$195.00
D6251	Puente - resina con con metal basico predominantemente	\$95.00
D6252	Puente - resina con metal noble	\$135.00
D6600	Incrustación inlay de retención - porcelana/cerámica, dos superficies	\$190.00
D6601	Incrustación inlay de retención - porcelana/cerámica, tres o más superficies	\$200.00
D6602	Incrustación inlay de retención - molde con alto contenido de metal noble, dos superficies	\$100.00
D6603	Incrustación inlay de retención - molde con alto contenido de metal noble, tres o más superficies .	\$100.00
D6604	Incrustación inlay de retención - molde de metal base principalmente, dos superficies	Sin Costo
D6605	Incrustación inlay de retención - molde de metal base principalmente, tres o más superficies	Sin Costo
D6606	Incrustación inlay de retención - molde de metal noble, dos superficies	\$40.00
D6607	Incrustación inlay de retención - molde de metal noble, tres o más superficies	\$40.00
D6608	Restauración onlay de retención - porcelana/cerámica, dos superficies	\$185.00

D6609	Restauración onlay de retención - porcelana/cerámica, tres o más superficies	\$205.00
D6610	Restauración onlay de retención - molde con alto contenido de metal noble, dos superficies	\$100.00
D6611	Restauración onlay de retención - molde con alto contenido de metal noble, tres o más superficies	\$100.00
D6612	Restauración onlay de retención - molde de metal base principalmente, dos superficies	Sin Costo
D6613	Restauración onlay de retención - molde de metal base principalmente, tres o más superficies	Sin Costo
D6614	Restauración onlay de retención - molde de metal noble, dos superficies	\$40.00
D6615	Restauración onlay de retención - molde de metal noble, tres o más superficies	\$40.00
D6720	Corona de retención - resina con alto contenido de metal noble	\$195.00
D6721	Corona de retención - resina con metal base principalmente	\$95.00
D6722	Corona de retención - resina con metal noble	\$135.00
D6740	Corona de retención - porcelana/cerámica	\$240.00
D6750	Corona de retención - porcelana fundida con alto contenido de metal noble	\$240.00
D6751	Corona de retención - porcelana fundida con metal base principalmente	\$140.00
D6752	Corona de retención - porcelana fundida con metal noble	\$180.00
D6753	Corona de retenedor - porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio	\$240.00
D6780	Corona de retención - 3/4 de molde con alto contenido de metal noble	\$210.00
D6781	Corona de retención - 3/4 de molde de metal base principalmente	\$110.00
D6782	Corona de retención - 3/4 de molde de metal noble	\$150.00
D6783	Corona de retención - 3/4 de porcelana/cerámica	\$240.00
D6784	Corona de retenedor 3/4 - titanio y aleaciones de titanio	\$210.00
D6790	Corona de retención - molde completo con alto contenido de metal noble	\$210.00
D6791	Corona de retención - molde completo de metal base principalmente	\$110.00
D6792	Corona de retención - molde completo de metal noble	\$150.00
D6930	Volver a cementar o pegar dentadura postiza parcial fija	Sin Costo
D6940	Placa de descanso	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 prequirúrgicos y posquirúrgicos y tratamiento con anestesia local.

D7111	Extracción, restos de corona - dientes primarios	Sin Costo
D7140	Extracción de diente avulsionado o raíz expuesta (extracción por elevación y/o fórceps)	\$5.00
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	\$25.00
D7220	Extracción de diente traumatizado - tejido blando	\$50.00
D7230	Extracción de diente traumatizado - parcialmente óseo	\$70.00
D7240	Extracción de diente traumatizado - totalmente óseo	\$90.00
D7241	Extracción de diente traumatizado - totalmente óseo con complicaciones quirúrgicas inusuales ...	\$110.00
D7250	Extracción de raíces dentarias residuales (procedimiento de corte)	Sin Costo
D7251	Coronectomía - remoción parcial intencional de un diente	\$110.00
D7270	Reimplantación de diente y/o estabilización de diente avulsionado o desplazado accidentalmente	\$85.00
D7280	Exposición de un diente no erupcionado	\$90.00
D7282	Movilización de diente avulsionado o en mala posición para permitir la erupción	\$90.00
D7283	Colocación de dispositivo para facilitar la erupción de diente traumatizado	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
D7450	Extracción de quiste odontogénico benigno o tumor - lesión hasta 1,25 cm de diámetro	Sin Costo
D7451	Extracción de quiste odontogénico benigno o tumor - lesión con diámetro superior a 1,25 cm	Sin Costo
D7471	Extracción de exostosis lateral (maxilar o mandibular)	Sin Costo
D7472	Eliminación de torus palatinus	Sin Costo
D7473	Eliminación de torus mandibularis	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
D7960	Frenulectomía - también conocido como frenectomía o frenotomía - procedimiento separado no incidental a otro procedimiento	Sin Costo
D7970	Excisión de tejido hiperplásico - por arco	\$55.00
D7971	Excisión de tejido gingival pericoronario	\$55.00

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: \$200.00

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	
	El beneficio para informes después del tratamiento incluye:	\$70.00
D0210	intraoral - serie completa de radiografías	
D0470	Moldes dentales para diagnóstico	
D8010	Tratamiento ortodóncico limitado del grupo de dientes primarios	\$950.00
D8020	Tratamiento ortodóncico limitado de los dientes de leche <i>niños o adolescentes hasta 19 años</i>	\$950.00
D8030	Tratamiento ortodóncico limitado en dentadura de adolescentes - <i>adolescentes hasta 19 años</i>	\$950.00
D8040	Tratamiento ortodóncico limitado - <i>adultos, incluye niños a cargo de adultos con cobertura</i>	\$1,150.00
D8050	Tratamiento ortodóncico interceptivo del grupo de dientes primarios	\$950.00
D8060	Tratamiento ortodóncico interceptivo del grupo de dientes de leche	\$950.00
D8070	Tratamiento ortodóncico completo de dientes de leche <i>niños o adolescentes hasta 23 años</i>	\$1,700.00
D8080	Tratamiento ortodóncico completo en dentadura de adolescentes <i>adolescentes hasta 19 años</i>	\$1,700.00
D8090	Tratamiento ortodóncico completo - <i>adultos, incluye niños a cargo de adultos con cobertura</i>	\$1,900.00
D8660	Examen para tratamiento preortodóncico para controlar el crecimiento y desarrollo	\$25.00
D8680	Retención ortodóncica (extracción de aparatos, armado y colocación de <i>retenedores</i> removibles)	\$275.00
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>	\$100.00

D9000-D9999 XII. SERVICIOS GENERALES COMPLEMENTARIOS

D9110	Tratamiento paliativo (emergencia) del dolor dental - procedimiento menor	\$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
D9222	Sedación profunda/anestesia general, primeros 15 minutos	\$80.00
D9223	Sedación profunda/anestesia general - cada 15 minutos adicionales subsiguientes	\$80.00
D9239	Sedación o analgesia intravenosa moderada (en estado consciente) - primeros 15 minutos	\$80.00
D9243	Sedación o analgesia intravenosa moderada (en estado consciente) - cada 15 minutos adicionales subsiguientes	\$80.00
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	\$25.00
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 3 años</i>	\$100.00
D9945	Protector oclusal - aparatos blandos, arco dentario completo - <i>limitado a 1 D9944, D9945 o D9946 en 3 años</i>	\$100.00
D9946	Protector oclusal - aparatos duros, arco dentario parcial - <i>limitado a 1 D9944, D9945 o D9946 en 3 años</i>	\$100.00
D9951	Ajuste oclusal, limitado	\$35.00
D9952	Ajuste oclusal, completo	\$55.00
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>	\$125.00
D9986	Consulta perdido - <i>sin previo aviso de 24 horas de anticipación - cada 15 minutos de duración de consulta</i>	\$10.00
D9987	Consulta cancelada - <i>sin previo aviso de 24 horas de anticipación - cada 15 minutos de duración de consulta</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

Si alguno de los procedimientos indicados en esta lista es realizado por el dentista de cabecera designado, el miembro asociado abonará el valor de copago especificado. Los procedimientos indicados que requieren los servicios de un dentista especializado al cual el paciente sea remitido por su dentista de cabecera deberá estar previamente autorizado por Alpha. El miembro asociado abona el copago especificado para tales prestaciones.

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, puentes y/o pilares, aquél deberá pagar un cargo adicional de \$100.00 por encima del monto indicado en el nomenclador de copagos en concepto de cada una de dichas prestaciones a partir de la sexta unidad.
3. La anestesia general y/o la sedación/analgesia intravenosa se limitan a tratamientos realizados por cirujanos dentales de la red en casos de remisiones aprobadas para una o más extracciones totales o parciales (Procedimientos D7230, D7240 y D7241).
4. Los beneficios prestados por odontólogos pediátricos se limitan exclusivamente a los niños hasta la edad de 7 años, una vez consultado el odontólogo de cabecera asignado y autorización correspondiente por parte de Alpha, menos los copagos correspondientes. Los cuadros 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 adyacentes.
 - 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 mandíbula 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 con receta.
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.
19. El tratamiento de ortodoncia debe ser proporcionado por un dentista con la licencia correspondiente. La ortodoncia autoadministrada no está cubierta.
20. La remoción de aparato(s) de ortodoncia fijos que no sea por la finalización del tratamiento no es un beneficio cubierto.

Información útil al alcance de sus manos

Aumente su conocimiento sobre el bienestar

Encuentre recursos sobre salud bucal, como artículos, cuestionarios, videos y una suscripción a Grin!, nuestra revista electrónica gratuita sobre bienestar dental, en es.deltadentalins.com/wellness.

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 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/contact y elija el formulario de "Servicio al cliente de DeltaCare USA".

Escriba a:

Delta Dental Insurance Company
1130 Sanctuary Parkway
Alpharetta, GA 30009

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 Nevada, Inc.
5920 S. Rainbow Blvd. Suite 10
Las Vegas, NV 89118

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.