Información importante sobre beneficios

DeltaCare® USA



Los planes de copago de DeltaCare USA[1] te brindan cuidado dental por parte de un dentista de la red que elijas.[2] Te diremos qué procedimientos están cubiertos y cuánto cuesta cada uno. Sin sorpresas.

Cobertura completa

- Cobertura para más de 350 procedimientos.
- Cuidado preventivo regular con copagos bajos o inexistentes, para ayudarte a detectar problemas antes de que se vuelvan serios.
- Servicios especializados para cirugía bucal, endodoncia, ortodoncia, periodoncia y odontología pediátrica

Presupuesto asequible

- No hay deducibles ni límites máximos[3] para los servicios cubiertos[4]
- Tu folleto de Evidencia de Cobertura menciona los gastos de bolsillo y puedes encontrarlo en tu cuenta en línea
- Copagos todo incluido (sin cargos de material o laboratorio)
- Limpiezas y exámenes cubiertos con copagos bajos o inexistentes

Amplia red de dentistas de calidad

Delta Dental es una compañía de seguros nacional líder que ofrece una amplia red de dentistas de alta calidad y rigurosamente examinados. Los dentistas de DeltaCare USA están acreditados y cumplen con los estrictos estándares de atención de Delta Dental. Cuando necesites un cuidado dental especializado, tu dentista general (o dentista pediátrico para niños hasta los 13 años) te derivará a un especialista de confianza de la red.

Servicios convenientes

Lo hacemos sencillo para ti: tu dentista de la red DeltaCare USA se encargará de todo el papeleo y no necesitarás una tarjeta de identificación para recibir tratamiento.[5]

Para las notas a pie de página, las referencias y las divulgaciones, véase la página siguiente.

Avisos legales: Puede acceder a los avisos federales y estatales relacionados con su plan en: **es.deltadentalins.com/about/legal/enrollee.html**

[1] El plan DeltaCare USA está respaldado en estos estados por las siguientes entidades: Alabama — Alpha Dental of Alabama, Inc.; Arizona — Alpha Dental of Arizona, Inc.; California — Delta Dental of California; 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, Wyoming — Dentegra Insurance Company; Alaska, Connecticut, District of Columbia, Delaware, Florida, Georgia, Kansas, Louisiana, Mississippi, Montana, Tennessee, West Virginia — Delta Dental Insurance Company; Hawaii, Idaho, Illinois, Indiana, Kentucky, Maryland, Missouri, New Jersey, Ohio, Texas — Alpha Dental Programs, Inc.; Nevada — Alpha Dental of Nevada, Inc.; Utah — Alpha Dental of Utah, Inc.; New Mexico — Alpha Dental of New Mexico, Inc.; New York — Delta Dental of New York, Inc.; Pennsylvania — 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.

West Virginia: Conoce nuestro compromiso de brindar acceso a una red de dentistas de calidad en **deltadentalins.com/about/legal/index-enrollee.html.**

[2] Verifica tu dentista general de DeltaCare USA antes de cada cita.

[3] Los planes con una cláusula de lesión accidental tienen un límite máximo anual de $1,600 por lesión accidental. Consulta tu Evidencia o Certificado de Cobertura.

[4] Pueden aplicarse excepciones específicas del estado.

[5] Es posible que debas llenar un formulario de reclamación si vas con un dentista fuera de la red, por ejemplo, por un tratamiento de emergencia limitado.

Lo que necesitas saber con anticipación, o sobre tu plan DeltaCare® USA

Cómo funciona DeltaCare USA

- **Debes consultar** a un dentista general de DeltaCare USA para utilizar tu plan[1].
  - ° Tu dentista general coordinará y te referirá a los especialistas para recibir atención, si es necesario.
  - ° Los hijos dependientes de hasta 13 años pueden recibir atención cubierta de un dentista pediátrico dentro de la red sin la derivación de un dentista general.
- **Puedes seleccionar** un dentista general que es de la red, o se te puede asignar un dentista general en tu primera consulta si aún no has seleccionado uno[2].
- **Puedes seleccionar** o cambiar de dentistas en cualquier momento en línea o por teléfono.
- **Paga copagos predefinidos, con todo incluido**: sin cargos ocultos (sin cargos de material o laboratorio) en el momento del servicio.
- **No hay deducibles, límites máximos ni periodos de espera** para los servicios cubiertos. No hay reclamaciones que presentar: isin complicaciones!
- **Tu** Evidencia de Cobertura muestra los gastos de bolsillo claramente y puedes encontrarlo en tu cuenta en línea

Lo que cubre tu plan

Estás cubierto para cientos de procedimientos sin límite anual sobre la cantidad que paga tu plan.

- Cobertura completa para más de 350 procedimientos que priorizan el cuidado preventivo
- Limpiezas y exámenes cubiertos con copagos bajos o inexistentes
- Cobertura de ortodoncia para adultos y niños, incluidos alineadores transparentes
- Atención integral que incluye coronas, dentaduras postizas, tratamientos de conducto, cirugía oral y más

Cómo comenzar

Para inscribirte en un plan de DeltaCare USA, simplemente completa el proceso de inscripción según las indicaciones de tu administrador de beneficios. Selecciona un nuevo dentista de DeltaCare USA o consulta si tu dentista general preferido es de la red.

En la fecha de entrada en vigor de tu plan, visita **es.deltadentalins.com** para crear una cuenta en línea segura en la que podrás:

- **Tener acceso a los beneficios de tu plan.** Puedes encontrar tu Evidencia de Cobertura en tu cuenta en línea, en la sección de detalles de los beneficios. Puedes consultar o descargar una copia del documento para tus registros. Este útil documento incluye una descripción minuciosa sobre cómo usar tus beneficios, incluidos los servicios cubiertos, los copagos y cualquier limitación y exclusión del plan.
- **Localizar una tarjeta de identificación electrónica.** Esta tarjeta es solamente para tus registros, no necesitas mostrarla para recibir tratamiento. Puedes ver, imprimir o enviar por correo una copia de tu tarjeta de identificación electrónica.
- **Dentista general.** Si lo seleccionaste, puedes encontrar el nombre, dirección y número telefónico de tu dentista general asignado. Puedes usar nuestra herramienta para encontrar, seleccionar o cambiar tu dentista general de DeltaCare USA.

Para recibir atención, llama al centro dental para hacer una cita. **Nota importante**: Para recibir los beneficios bajo tu plan, debes ir con un dentista de DeltaCare USA. Puedes consultar a cualquier dentista general de DeltaCare USA en tu centro dental seleccionado siempre que se encuentre en la red de DeltaCare USA. No existe cobertura para dentistas fuera de la red.

Información general del plan

Tú y tus dependientes elegibles tienen cobertura de servicio dental de emergencia para emergencias fuera del área[3]. Tu beneficio de emergencia fuera del área (por lo general limitado a $100 por persona) es para servicios para aliviar el dolor hasta que puedas regresar para consultar a tu dentista general[4]. Pueden aplicarse limitaciones, exclusiones y copagos estándares del plan.

No hay exclusiones para la mayoría de las enfermedades preexistentes, excepto los trabajos en curso[4]. El tratamiento en curso incluye servicios como preparaciones para coronas o tratamientos de conductos, o impresiones para dentaduras postizas. Si comenzaste el tratamiento antes de la fecha de entrada en vigencia de tu plan, tú y tu compañía de seguro dental anterior son responsables de cualquier costo. Es posible que algunos planes de DeltaCare USA cubran el tratamiento de ortodoncia en curso.

[1] En Arizona, Maryland y Texas, si no seleccionas un dentista cuando te inscribes, elegiremos uno para ti.

[2] Si aún no has sido asignado a un dentista general de DeltaCare USA, acude con cualquier dentista general de DeltaCare USA que acepte pacientes nuevos. Cuando el dentista seleccionado presente una reclamación que califique, se te agregará a su lista y se convertirá en tu dentista general asignado de DeltaCare USA. Una vez asignado, debes consultar a este dentista para futuras consultas y recibir los beneficios. Los hijos dependientes menores de 14 años pueden recibir atención cubierta de un dentista pediátrico que es de la red sin la derivación de un dentista general.

[3] Pueden aplicarse requisitos de distancia mínima específicos del estado.

[4] En Texas, no hay límite en la cantidad de millas o en la cantidad en dólares por emergencia.

© 2026 Delta Dental. Todos los derechos reservados.
DCU_USA_STD #975400.03 (04/26)

Glosario

Estos son algunos términos comunes que ayudarán a comprender tu plan:

Autorización: el proceso mediante el cual Delta Dental determina si un procedimiento o tratamiento es un beneficio derivable bajo tu plan.

Copago o cantidad de copago: la cantidad fija en dólares que un miembro debe pagar al recibir el tratamiento.

Dentista de DeltaCare USA: un dentista que es miembro de la red DeltaCare USA. Estos dentistas han contratado a Delta Dental y acordaron aceptar los cargos negociados para los servicios prestados a los miembros de DeltaCare USA.

Derivación (dental): derivar a un paciente a un especialista dental por parte de un dentista general[1].

Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés): una guía que detalla los beneficios específicos de tu plan dental, los servicios cubiertos, las exclusiones, las limitaciones, los deducibles y los copagos. También se conoce como Certificado de Cobertura.

Fecha de entrada en vigencia: la fecha en que tu plan dental se activa. Además, la fecha en que un miembro es elegible para recibir los beneficios.

Limitaciones y exclusiones: las limitaciones suelen estar relacionadas con un tiempo o una frecuencia específicos, por ejemplo, un plan puede cubrir solo dos limpiezas en un periodo de 12 meses o una limpieza cada seis meses. Las exclusiones son servicios no cubiertos por un plan.

Servicios de diagnóstico y prevención: una categoría de servicios dentales que incluye beneficios para evaluaciones orales, limpiezas de rutina, radiografías y tratamientos con flúor. Estos servicios tienen copagos bajos o inexistentes para promover la atención regular y prevenir la aparición de problemas.

Servicios especializados: servicios proporcionados por un especialista dental, como cirugía oral, endodoncia, periodoncia u odontología pediátrica. Cuando necesites cuidado dental especializado, tu dentista general te derivará a un especialista de confianza de la red[2].

Para obtener más ayuda con la comprensión de los términos dentales, visita **es.deltadentalins.com/members/glossary.html**

[1] En Texas, no hay excepciones para el trabajo en curso para los beneficios cubiertos de DeltaCare USA.

[2] Los hijos dependientes cubiertos bajo un plan de DeltaCare USA tienen la opción de buscar cuidado dental de un dentista pediátrico hasta los 13 años, independientemente de que el niño tenga o no un dentista general asignado. No se requieren derivaciones para consultar a un especialista pediátrico. Si el dentista pediátrico determina que se necesita atención especializada adicional, puede derivar a los pacientes pediátricos directamente a otros especialistas, como un ortodoncista. A los 14 años, los hijos dependientes cubiertos deben recibir atención del dentista general de DeltaCare USA asignado.

© 2026 Delta Dental. Todos los derechos reservados.
DCU_USA_STD #975400.03 (04/26)

CRONOGRAMA DE BENEFICIOS (¿Quién paga qué?)

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 en itálica que aparece más abajo tiene como objetivo aclarar los detalles de la prestación de servicios dentro del plan DeltaCare USA, y no deberá interpretarse como códigos de procedimiento del Nomenclador Dental Actual (CDT por sus siglas en inglés) de 2026, 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.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TU PAGAS
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	Revaluación - visita al consultorio postoperatoria	Sin Costo
D0180	Examen periodontal completo - paciente nuevo o regular	$55.00
D0190	Examen de un paciente	Sin Costo
D0191	Evaluación de un paciente	Sin Costo
D0210	intraoral - serie comprensivo de radiografías - *limitado a 1 serie cada 36 meses, o con mayor frecuencia si es necesario desde el punto de vista medico*	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 - *limitado a 2 serie cada 12 meses, o con mayor frecuencia si es necesario desde el punto de vista medico*	Sin Costo
D0277	rayos-X de mordida verticales - de 7 a 8 radiografías	Sin Costo
D0330	radiografía panorámica - *limitado a 1 serie cada 36 meses, o con mayor frecuencia si es necesario desde el punto de vista medico*	Sin Costo
D0368	Captura e interpretación de tomografía computarizada (CT, por sus siglas en inglés) de haz cónico para serie de TMJ, incluidas dos o más exposiciones - *se limita a 1 por año calendario; solamente se cubren junto con una evaluación de la articulación temporomandibular (TMJ)*	$145.00
D0396	Impresión 3D de un escáner 3D intraoral	Sin Costo
D0415	Toma de muestra de microorganismos para cultivo y prueba de sensibilidad	Sin Costo
D0419	Evaluación del flujo salival por medición - *1 cada 12 meses*	Sin Costo
D0425	Pruebas de susceptibilidad a las caries	Sin Costo
D0431	Prueba prediagnóstica complementaria que ayuda a detectar anormalidades mucosas, que incluyen lesiones premalignas y malignas, pero no incluyen procedimientos de citología o biopsia.	$25.00
D0460	Pruebas de vitalidad de la pulpa	$14.00

D0461	Prueba para detectar un diente roto	Sin Costo
D0470	Moldes dentales para diagnóstico	Sin Costo
D0472	Toma de tejidos, examen general, preparación y entrega de un informe escrito *disponibles sólo cuando se realizan junto con una biopsia cubierta*	Sin Costo
D0473	Toma de tejidos, examen general y microscópico, preparación y entrega de un informe escrito *disponibles sólo cuando se realizan junto con una biopsia cubierta*	Sin Costo
D0474	Toma de tejidos; examen general y microscópico, que incluye evaluación de márgenes quirúrgicos para detectar enfermedades; preparación y entrega un de informe escrito: *disponibles sólo cuando se realizan junto con una biopsia cubierta*	Sin Costo
D0601	Evaluación y documentación de riesgo de caries con resultados de bajo riesgo - *1 cada 12 meses* .	Sin Costo
D0602	Evaluación y documentación de riesgo de caries con resultados de riesgo moderado - *1 cada 12 meses*	Sin Costo
D0603	Evaluación y documentación de riesgo de caries con resultados de alto riesgo - *1 cada 12 meses* ..	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 - *incluye visita al consultorio, por consulta (además de otros servicios)*	Sin Costo

D1000-D1999 II. PREVENCIÓN

D1110	Limpieza *profiláctica* - adultos - *2 D1110, D1120 o D4346 por año calendario, o con mayor frecuencia si es necesario desde el punto de vista medico*	Sin Costo
D1110	*Limpieza profiláctica adicional - adultos (dentro del año natural)*	$45.00
D1120	Limpieza *profiláctica - 2 D1110, D1120 o D4346 por año calendario, o con mayor frecuencia si es necesario desde el punto de vista medico*	Sin Costo
D1120	*Limpieza profiláctica adicional - niños (dentro del año natural)*	$30.00
D1206	Aplicación tópica de fluoruro o barniz - *2 D1206, o D1208 cada 12 meses o con mayor frecuencia si es necesario desde el punto de vista medico*	Sin Costo
D1206	*Aplicación tópica de barniz de flúor (dentro de un año calendario)*	$15.00
D1208	Aplicación tópica de fluoruro - excluyendo el barniz - *2 D1206 o D1208 por año calendario, o con mayor frecuencia si es necesario desde el punto de vista medico*	Sin Costo
D1208	*Aplicación tópica de flúor adicional - excluye barniz (dentro de un año calendario)*	$15.00
D1310	Asesoramiento nutricional para el control de enfermedades dentales	Sin Costo
D1320	Asesoría acerca del uso del tabaco para el control y la prevención de las enfermedades bucodentales	Sin Costo
D1330	Instrucciones para una correcta higiene oral	Sin Costo
D1351	Sellador - por pieza dentaria	$17.00
D1353	Reparación con sellador - por diente	$17.00
D1354	Aplicación de medicamento anticaries - por diente - *2 cada 12 meses, o con mayor frecuencia si es necesario desde el punto de vista medico*	Sin Costo
D1510	Mantenedor de espacio - fijo - unilateral - por cuadrante	$110.00
D1516	Separador - fijo - bilateral, maxilar	$170.00
D1517	Separador - fijo - bilateral, mandibular	$170.00
D1520	Mantenedor de espacio - removible - unilateral - por cuadrante	$120.00
D1526	Separador - extraíble - bilateral, maxilar	$180.00
D1527	Separador - extraíble - bilateral, mandibular	$180.00
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	$110.00

D2000-D2999 III. RESTAURACIÓN

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

- Ya sea que esté respaldado por un diente natural o un implante dental, cuando hay más de seis coronas, pónticos y/o retenedores de puentes en el mismo plan de tratamiento, se le puede cobrar $135.00 adicionales por unidad, más allá de la sexta unidad cubierta.

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

** Las coronas o pónticos de marca, procesados en laboratorios o elaborados en consultorios a partir de técnicas o materiales especializados se consideran mejoras de material. Es posible que el Dentista contratado le cobre un cargo adicional que no supere los $150.00 además del copago indicado. Consulte la limitaciónes de beneficios N.º 4 para obtener información adicional.*

D2140	Amalgama - 1 superficie, primaria o permanente	$23.00
D2150	Amalgama - 2 superficies, primaria o permanente	$28.00
D2160	Amalgama - 3 superficies, primaria o permanente	$33.00
D2161	Amalgama - 4 superficies, primaria o permanente	$40.00
D2330	Empaste a base de resina - 1 superficie, anterior	$33.00
D2331	Empaste a base de resina - 2 superficies, anterior	$40.00
D2332	Empaste a base de resina - 3 superficies, anterior	$47.00
D2335	Empaste compuesto de resina - cuatro o más superficies (dientes anteriores)	$88.00
D2390	Corona con a base de resina, anterior	$140.00
D2391	Empaste a base de resina - 1 superficie, posterior	$47.00
D2392	Empaste a base de resina - 2 superficies, posteriores	$59.00
D2393	Empaste a base de resina - 3 o más superficies, posteriores	$82.00
D2394	Empaste a base de resina - 4 superficies o más, posteriores	$115.00
D2510	Inlay - metálico - 1 superficie	$435.00
D2520	Inlay - metálico - 2 superficies	$435.00
D2530	Inlay - metálico - 3 superficies o más	$435.00
D2542	Onlay - metálico - 2 superficies	$480.00
D2543	Onlay - metálico - 3 superficies	$495.00
D2544	Onlay - metálico - 4 superficies o más	$505.00
D2610	Inlay - porcelana/cerámica - 1 superficie	$350.00
D2620	Inlay - porcelana/cerámica - 2 superficies	$375.00
D2630	Inlay - porcelana/cerámica - 3 superficies o más	$420.00
D2642	Onlay - porcelana/cerámica - 2 superficies	$470.00
D2643	Onlay - porcelana/cerámica - 3 superficies	$505.00
D2644	Onlay - porcelana/cerámica - 4 superficies o más	$525.00
D2650	Inlay - a base de resina - 1 superficie	$230.00
D2651	Inlay - a base de resina - 2 superficies	$265.00
D2652	Inlay - a base de resina - 3 superficies o más	$285.00
D2662	Onlay - a base de resina - 2 superficies	$395.00
D2663	Onlay - a base de resina - 3 superficies	$420.00
D2664	Onlay - a base de resina - 4 superficies o más	$465.00
D2710	Corona - a base de resina (indirecto)	$315.00
D2712	Corona - 3/4 a base de resina (indirecto)	$315.00
D2720	Corona - resina con metal muy noble	$465.00
D2721	Corona - resina con metal basico predominantemente	$365.00
D2722	Corona - resina con metal noble	$405.00
D2740	Corona - porcelana/cerámica	$520.00
D2750	Corona - porcelana fundido con metal muy noble	$480.00
D2751	Corona - porcelana fundido con metal basico predominantemente	$425.00
D2752	Corona - porcelana fundido con metal noble	$450.00
D2753	Corona - porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio	$480.00
D2780	Corona - 3/4 de recubrimiento con metal muy noble	$490.00
D2781	Corona - 3/4 de recubrimiento con base principalmente de metal	$435.00
D2782	Corona - 3/4 de recubrimiento con metal noble	$460.00

D2783	Corona - 3/4 porcelana/cerámica	$490.00
D2790	Corona - recubrimiento completo con metal muy noble	$490.00
D2791	Corona - recubrimiento completo con metal basico predominantemente	$435.00
D2792	Corona - recubrimiento completo con metal noble	$460.00
D2794	Corona - titanio y aleaciones de titanio	$490.00
D2799	Corona provisoria, tratamiento adicional o finalización de diagnóstico necesario antes de impresión final	$115.00
D2910	Volver a cementar o pegar incrustación inlay, restauración onlay, recubrimiento o restauración de cobertura parcial	$43.00
D2915	Volver a cementar o pegar perno-muñón indirectamente fabricado o prefabricado	$43.00
D2920	Volver a cementar o pegar corona	$43.00
D2921	Reinserción de fragmento de diente, borde incisivo o cúspide *(anterior)*	$98.00
D2928	Corona prefabricada de porcelana/cerámica, diente permanente	$110.00
D2929	Corona prefabricada de porcelana/cerámica - diente primario - *anterior*	$155.00
D2930	Corona preformada de acero inoxidable - diente primario	$110.00
D2931	Corona preformada de acero inoxidable - diente permanente	$110.00
D2932	Corona de resina prefabricada - *diente primario anterior*	$135.00
D2933	Corona preformada de acero inoxidable con ventana de resina - *diente primario anterior*	$155.00
D2934	Corona estética prefabricada de acero inoxidable - diente primario	$155.00
D2940	Colocación de restauración directa provisional	$24.00
D2949	Fundación restauradora de una restauración indirecta	$92.00
D2950	Reconstrucción de muñón, incluyendo las clavijas necesarias	$125.00
D2951	Fijación de pines - por diente, además de restauración	$29.00
D2952	Perno y núcleo preformados además de la corona, fabricados indirectamente - *incluye preparación de conducto*	$170.00
D2953	Cada perno preformado adicional, fabricado indirectamente - mismo diente - *incluye preparación de conducto*	$120.00
D2954	Perno y núcleo preformados además de la corona - *perno con base de metal; incluye preparación del canal*	$140.00
D2956	Extracción de una restauración indirecta en un diente natural	No Cost
D2957	Cada perno preformado adicional - mismo diente *perno metálico; incluye preparación de conducto*	$80.00
D2960	Cara labial (laminado de resina) - directa - *se limita al reemplazo de una pérdida significativa de estructura dental causada por caries o fractura*	$130.00
D2971	Procedimientos adicionales para adaptar una corona y ajustarla a la estructura de una dentadura parcial existente	$83.00
D2976	Estabilización con banda - por diente - *limitada a una vez en la vida por diente*	$33.00
D2980	arreglo de la corona por causa de falla del material restaurador	$60.00
D2981	Arreglo de los inlays por causa de falla del material restaurador	$60.00
D2982	Arreglo de los onlays por causa de falla del material restaurador	$60.00
D2983	Arreglo del revestimiento necesario por falla del material restaurador	$60.00
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	$16.00

D3000-D3999 IV. ENDODONCIA

D3110	Pulpotomía - directa (no incluye restauración final)	$38.00
D3120	Pulpotomía - indirecta (no incluye restauración final)	$38.00
D3220	Pulpotomía terapéutica (no incluye restauración final) - extracción de la pulpa coronal en la unión dentinocemental y aplicación de medicamento	$97.00
D3221	Biopulpectomía total, dientes primarios y permanentes	$105.00
D3222	Pulpotomía parcial para apexogenesis - diente permanente con desarrollo incompleto de la raíz	$110.00
D3230	Terapia pulpar (empaste reabsorbible) - diente primario, anterior (no incluye restauración final)	$100.00
D3240	Terapia pulpar (empaste reabsorbible) - diente primario, posterior (no incluye restauración final)	$100.00
D3310	*Endodoncia* tratamiento de canal radicular, dientes anteriores (sin restauración final)	$375.00
D3320	*Endodoncia* , diente premolar (no incluye restauraciones finales)	$445.00
D3330	*Endodoncia*, muela (no incluye restauraciones finales)	$595.00
D3331	Tratamiento de obstrucción del conducto radicular; sin intervención quirúrgica	$170.00
D3332	Terapia endodóntica incompleta; diente no operable ni reparable o fracturado	$185.00

D3333	Restauración de perforaciones del piso de la cámara pulpar	$175.00
D3346	Repetición de una terapia anterior del conducto radicular - anterior	$525.00
D3347	Tratamiento posterior de conducto radicular previo - premolars	$585.00
D3348	Repetición de una terapia anterior del conducto radicular - molar	$710.00
D3351	Apexificación/recalcificación - visita inicial (cierre apical/reparación calcifical de perforaciones, reabsorción de raíz, etc.)	$117.00
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.)	$97.00
D3353	Apexificación/recalcificación - consulta final (incluye terapia completa del conducto radicular - cierre apical/reparación de perforaciones por calcificación, reabsorción radicular, etc.)	$97.00
D3410	Apicectomía - anterior	$440.00
D3421	Apicectomía - premolar (primera raíz)	$470.00
D3425	Apicectomía - molar (primer tratamiento)	$540.00
D3426	Apicectomía (cada tratamiento adicional)	$147.00
D3430	Retratamiento de conducto - por raíz	$130.00
D3450	Amputación radicular - por raíz	$115.00
D3471	Reparación quirúrgica de resorción de raíz, anterior	$225.00
D3472	Reparación quirúrgica de resorción de raíz, premolar	$225.00
D3473	Reparación quirúrgica de resorción de raíz, molar	$225.00
D3501	Exposición quirúrgica de la superficie de la raíz sin apicectomía o reparación quirúrgica de resorción de raíz, anterior	$225.00
D3502	Exposición quirúrgica de la superficie de la raíz sin apicectomía o reparación quirúrgica de resorción de raíz, premolar	$225.00
D3503	Exposición quirúrgica de la superficie de la raíz sin apicectomía o reparación quirúrgica de resorción de raíz, molar	$225.00
D3920	Radectomía (con extracción de raíz), sin incluir el tratamiento del conducto radicular	$105.00
D3921	Decoronación o sumersión de un diente erupcionado	$64.00

D4000-D4999 V. PERIODONCIA

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

- Procedimientos de mantenimiento periodontal, D4263 D4264, D4266 y D4267 están limitados a uno por sitio (o por diente, si aplica)

D4210	Gingivectomía o gingivoplastía - 4 o más dientes contiguos o espacios dentales vecinos por cuadrante	$320.00
D4211	Gingivectomía o gingivoplastía - 1 a 3 dientes contiguos o espacios dentales vecinos por cuadrante	$160.00
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	$350.00
D4241	Procedimiento de colgajo gingival, con alisado radicular - 1 a 3 dientes contiguos o más o espacios dentales vecinos por cuadrante	$220.00
D4245	Colgajo en posición apical	$345.00
D4249	Alargamiento clínico de corona - tejido duro	$405.00
D4260	Cirugía ósea (incluye elevación de un colgajo de grosor completo y cierre): cuatro o más espacios entre dientes consecutivos o delimitados por cuadrante	$640.00
D4261	Cirugía ósea (incluye elevación de un colgajo de grosor completo y cierre): uno a tres espacios entre dientes consecutivos o delimitados por cuadrante	$385.00
D4263	Injerto de reemplazo óseo - diente natural retenido - primer sitio en el cuadrante	$280.00
D4264	Injerto de reemplazo óseo - diente natural retenido - cada sitio adicional en el cuadrante	$215.00
D4266	regeneración tisular guiada, dientes naturales - barrera reabsorbible, por sitio	$295.00
D4267	regeneración tisular guiada, dientes naturales - barrera no reabsorbible, por sitio	$300.00
D4270	Injerto tisular de pedículo blando	$470.00
D4274	Procedimiento de cuña mesial/distal, diente único (cuando éste no se lleve a cabo junto con procedimientos quirúrgicos en la misma área anatómica)	$275.00
D4275	Injerto de tejido conectivo no autógeno (incluidos el sitio del receptor y el material del donante) primer diente, implante, o posición sin dientes en injerto	$495.00
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	$495.00

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 $250.00
D4285 Procedimiento de injerto de tejido conectivo no autógeno (incluido el sitio quirúrgico del receptor y el material del donante) - cada diente contiguo adicional, implante o posición sin dientes en el mismo sitio del injerto $248.00
D4286 Eliminación de la barrera no reabsorbible ..... Sin Costo
D4341 Tartrectomía y alisado radicular - 4 dientes o más por cuadrante - *limitado a 4 cuadrantes durante un período de 12 meses consecutivos* $125.00
D4342 Tartrectomía y alisado radicular - 1 a 3 dientes por cuadrante - *limitado a 4 cuadrantes durante un período de 12 meses consecutivos* $75.00
D4346 Limpieza de sarro en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave (de toda la boca, después de la evaluación de la boca) - *2 D1110, D1120 o D4346 por año calendario, o con mayor frecuencia si es necesario desde el punto de vista medico* $40.00
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* $75.00
D4381 Local de agentes antimicrobianos mediante un vehículo de liberación controlada en tejido crevicular enfermo, por diente - *para cada uno de los dos primeros dientes tratados dentro de un cuadrante después del alisado radicular o mantenimiento periodontal* $43.00
D4910 Mantenimiento periodontal $79.00
D4921 Irrigación gingival con un agente medicinal - por cuadrante ..... Sin Costo

D5000-D5899 VI. PROSTODONCIA (removible)

- Para todas las dentaduras postizas y las dentaduras postizas parciales enumeradas, el copago incluye los ajustes posteriores al parto y el 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 al parto y el acondicionamiento del tejido, si es necesario, durante los primeros tres meses después de la colocación. Debe seguir siendo elegible y el servicio debe brindarse en el centro del dentista contratado donde se entregó originalmente la dentadura postiza.

- 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 $675.00
D5120 Dentadura completa - mandibular $675.00
D5130 Dentadura inmediata - maxilar $705.00
D5140 Dentadura inmediata - mandibular $705.00
D5211 Dentadura postiza parcial maxilar - base de resina (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes) $510.00
D5212 Dentadura postiza parcial mandibular - base de resina (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes) $510.00
D5213 Dentadura maxilar parcial - esqueleto de metal preformado con bases de resina para piezas dentarias (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) $780.00
D5214 Dentadura mandibular parcial - esqueleto de metal preformado con bases de resina para piezas dentarias (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) $780.00
D5221 Dentadura postiza parcial maxilar inmediata - base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes, y dientes) $510.00
D5222 Dentadura postiza parcial mandibular inmediata - base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes, y dientes) $510.00
D5223 Dentadura postiza parcial maxilar inmediata - molde metálico con bases de resina para dentadura postiza (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) $780.00
D5224 Dentadura postiza parcial mandibular inmediata - molde metálico con bases de resina para dentadura postiza (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) $780.00
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 $580.00
D5226 Dentadura parcial mandibular, base flexible (incluidos materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) $580.00
D5227 Dentadura parcial maxilar inmediata, base flexible (incluye ganchos, soportes y dientes) $510.00
D5228 Dentadura parcial mandibular inmediata, base flexible (incluye ganchos, soportes y dientes) $510.00

D5410	Ajuste de dentadura completa - maxilar	$43.00
D5411	Ajuste de dentadura completa - mandibular	$43.00
D5421	Ajuste de dentadura parcial - maxilar	$45.00
D5422	Ajuste de dentadura parcial - mandibular	$45.00
D5511	Arreglo de la base rota de una dentadura postiza completa, mandibular	$92.00
D5512	Arreglo de la base rota de una dentadura postiza completa, maxilar	$92.00
D5520	Reemplazo de dientes faltantes o rotos, dentadura postiza completa (por diente)	$81.00
D5611	Arreglo de la base de resina de una dentadura postiza parcial, mandibular	$92.00
D5612	Arreglo de la base de resina de una dentadura postiza parcial, maxilar	$92.00
D5621	Arreglo del molde de yeso parcial, mandibular	$92.00
D5622	Arreglo del molde de yeso parcial, maxilar	$92.00
D5630	Arreglo o reemplazo de gancho fracturado - por diente	$115.00
D5640	Reemplazo de dientes faltantes o rotos, dentadura postiza parcial (por diente)	$81.00
D5650	Adición de un diente a una dentadura postiza parcial existente (por diente)	$92.00
D5660	Colocación de retenedores a dentadura parcial existente - por diente	$115.00
D5670	Reemplazo de dentadura completa y acrílico en esqueleto metálico (maxilar)	$200.00
D5671	Reemplazo de dentadura completa y acrílico en esqueleto metálico preformado (mandibular)	$200.00
D5710	Acondicionamiento de base de dentadura maxilar completa	$260.00
D5711	Acondicionamiento de base de dentadura mandibular completa	$260.00
D5720	Acondicionamiento de base de dentadura maxilar parcial	$260.00
D5721	Acondicionamiento de base de dentadura mandibular parcial	$260.00
D5725	Rebase de prótesis híbrida	$260.00
D5730	Rebasado de dentadura maxilar completa (flancos)	$160.00
D5731	Rebasado de dentadura mandibular completa (flancos)	$160.00
D5740	Rebasado de dentadura maxilar parcial (flancos)	$150.00
D5741	Rebasado de dentadura mandibular parcial (flancos)	$160.00
D5750	Rebasado de dentadura maxilar completa (laboratorio)	$220.00
D5751	Rebasado de dentadura mandibular completa (laboratorio)	$220.00
D5760	Rebasado de dentadura maxilar parcial (laboratorio)	$215.00
D5761	Rebasado de dentadura mandibular parcial (laboratorio)	$215.00
D5765	Revestimiento blando para dentadura removible completa o parcial, indirecto	$215.00
D5810	Dentadura completa provisional (maxilar)	$405.00
D5811	Dentadura completa provisional (mandibular)	$405.00
D5820	Dentadura parcial provisoria, (incluidos materiales de retención/ganchos, soportes y dientes), maxilar - *limitado a 1 mes dentro de un período de 12 meses consecutivos*	$295.00
D5821	Dentadura parcial provisoria, (incluidos materiales de retención/ganchos, soportes y dientes), mandibular - *limitado a 1 mes dentro de un período de 12 meses consecutivos*	$305.00
D5850	Acondicionamiento tisular, maxilar	$50.00
D5851	Acondicionamiento tisular, mandibular	$50.00

D5900-D5999 VII. PROESTÉTICA MAXILOFACIAL - Sin Cobertura

D6000-D6199 VIII. SERVICIO DE IMPLANTES

- Ya sea que esté respaldado por un diente natural o un implante dental, cuando hay más de seis coronas, pónticos y/o retenedores de puentes en el mismo plan de tratamiento, se le puede cobrar $135.00 adicionales por unidad, más allá de la sexta unidad cubierta.

- El reemplazo de coronas sostenidas con implantes o dientes de soporte requiere que la restauración existente tenga más de 5 años.

** Las coronas o pónticos de marca, procesados en laboratorios o elaborados en consultorios a partir de técnicas o materiales especializados se consideran mejoras de material. Es posible que el Dentista contratado le cobre un cargo adicional que no supere los $150.00 además del copago indicado. Consulte la limitaciónes de beneficios N.º 4 para obtener información adicional.*

D6058	Corona de porcelana/cerámica apoyada en pilar	$750.00
D6059	Corona de metal y porcelana apoyada en pilar (metal muy noble)	$780.00
D6060	Corona de metal y porcelana apoyada en pilar (predominantemente de metal basico)	$615.00
D6061	Corona de metal y porcelana apoyada en pilar (metal noble)	$700.00
D6062	Corona de metal premoldeado apoyada en pilar (metal muy noble)	$705.00
D6063	Corona de metal premoldeado apoyada en pilar (predominantemente de metal basico)	$615.00

D6064	Corona de metal noble moldeado sostenida por empalmes	$700.00
D6065	Corona de porcelana/cerámica apoyada en implante	$770.00
D6066	Corona sujeta por implante, porcelana fundida sobre (aleaciones con alto contenido de metal noble)	$780.00
D6067	Corona sujeta por implante, aleaciones con alto contenido de metal noble*	$750.00
D6068	Retenedor apoyado en pilar para FPD de porcelana/cerámica	$720.00
D6069	Retenedor apoyado en pilar para FPD de metal y porcelana (metal muy noble)	$750.00
D6070	Retenedor apoyado en pilar para FPD de metal y porcelana (predominantemente de metal basico)	$600.00
D6071	Retenedor apoyado en pilar para FPD de metal y porcelana (metal noble)	$700.00
D6072	Retenedor apoyado en pilar para FPD de metal preformado (metal muy noble)	$780.00
D6073	Retenedor apoyado en pilar para FPD de metal preformado (predominantemente de metal basico)	$595.00
D6074	Retenedor apoyado en pilar para FPD de metal preformado (metal noble)	$660.00
D6075	Retenedor apoyado en implante para FPD de cerámica	$790.00
D6076	Retenedor sujeto por implante para PPF, porcelana fundida en aleaciones con alto contenido de metal noble	$780.00
D6077	Retenedor sujeto por implante para PPF de metal, aleaciones con alto contenido de metal noble	$780.00
D6082	Corona sujeta por implante - porcelana fundida sobre aleaciones predominantemente base	$615.00
D6083	Corona sujeta por implante - porcelana fundida sobre aleaciones nobles	$700.00
D6084	Corona sujeta por implante - porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio	$660.00
D6086	Corona sujeta por implante - aleaciones predominantemente base	$615.00
D6087	Corona sujeta por implante - aleaciones nobles	$700.00
D6088	Corona sujeta por implante - titanio y aleaciones de titanio	$660.00
D6092	Volver a cementar o pegar corona apoyada por implante/diente de soporte	$70.00
D6093	Volver a cementar o pegar dentadura postiza parcial fija apoyada por implante/diente de soporte	$95.00
D6094	Corona sujeta por pilar - titanio y aleaciones de titanio	$660.00
D6097	Corona sujeta por pilar - porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio	$660.00
D6098	Retenedor sujeto por implante - porcelana fundida sobre aleaciones predominantemente base	$600.00
D6099	Retenedor sujeto por implante para PPF - porcelana fundida sobre aleaciones nobles	$700.00
D6110	Dentadura postiza removible apoyada por implante/diente de soporte para arco sin dientes - maxilar	$975.00
D6111	Dentadura postiza removible apoyada por implante/diente de soporte para arco sin dientes - mandibular	$975.00
D6112	Dentadura postiza removible apoyada por implante/diente de soporte para arco parcialmente sin dientes - maxilar	$1,080.00
D6113	Dentadura postiza removible apoyada por implante/diente de soporte para arco parcialmente sin dientes - mandibular	$1,080.00
D6114	Dentadura postiza fija apoyada por implante/diente de soporte para arco sin dientes - maxilar	$975.00
D6115	Dentadura postiza fija apoyada por implante/diente de soporte para arco sin dientes - mandibular	$975.00
D6116	Dentadura postiza fija apoyada por implante/diente de soporte para arco parcialmente sin dientes - maxilar	$1,080.00
D6117	Dentadura postiza fija apoyada por implante/diente de soporte para arco parcialmente sin dientes - mandibular	$1,080.00
D6120	Retenedor sujeto por implante - porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio	$595.00
D6121	Retenedor sujeto por implante para PPF de metal - predominantemente aleaciones base	$595.00
D6122	Retenedor sujeto por implante para PPF de metal - aleaciones nobles	$660.00
D6123	Retenedor sujeto por implante para PPF de metal - titanio y aleaciones de titanio	$730.00
D6193	Replacement of an implant screw - *Once in a 24 month period*	$70.00
D6194	Corona de retenedor sostenida con dientes de soporte para FPD - titanio y aleaciones de titanio	$730.00
D6195	Retenedor sujeto por pilar - porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio	$780.00

D6200-D6999 IX. PROSTODONCIA, fija (cada retenedor y póntico constituyen una unidad en una dentadura parcial fija (Puente))

- Ya sea que esté respaldado por un diente natural o un implante dental, cuando hay seis coronas, pónticos y/o retenedores de puentes en el mismo plan de tratamiento, se le puede cobrar $135.00 adicionales por unidad, más allá de la sexta unidad cubierta.

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

** Las coronas o pónticos de marca, procesados en laboratorios o elaborados en consultorios a partir de técnicas o materiales especializados se consideran mejoras de material. Es posible que el Dentista contratado le cobre un cargo adicional que no supere los $150.00 además del copago indicado. Consulte la limitaciónes de beneficios N.º 4 para obtener información adicional.*

D6210	Puente - metal preformado muy noble	$480.00
D6211	Puente - base preformada principalmente de metal	$435.00
D6212	Puente - metal preformado noble	$460.00
D6214	Puente - titanio y aleaciones de titanio	$490.00
D6240	Puente - porcelana fundido con metal muy noble	$480.00
D6241	Puente - porcelana fundido con metal basico predominantemente	$435.00
D6242	Puente - porcelana fundido con metal noble	$460.00
D6243	Póntico - porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio	$460.00
D6245	Puente - porcelana/cerámica	$480.00
D6250	Puente - resina con metal muy noble	$420.00
D6251	Puente - resina con metal basico predominantemente	$380.00
D6252	Puente - resina con metal noble	$405.00
D6600	Incrustación inlay de retención - porcelana/cerámica, dos superficies	$415.00
D6601	Incrustación inlay de retención - porcelana/cerámica, tres o más superficies	$480.00
D6602	Incrustación inlay de retención - molde con alto contenido de metal noble, dos superficies	$435.00
D6603	Incrustación inlay de retención - molde con alto contenido de metal noble, tres o más superficies	$490.00
D6604	Incrustación inlay de retención - molde de metal base principalmente, dos superficies	$415.00
D6605	Incrustación inlay de retención - molde de metal base principalmente, tres o más superficies	$425.00
D6606	Incrustación inlay de retención - molde de metal noble, dos superficies	$440.00
D6607	Incrustación inlay de retención - molde de metal noble, tres o más superficies	$440.00
D6608	Restauración onlay de retención - porcelana/cerámica, dos superficies	$490.00
D6609	Restauración onlay de retención - porcelana/cerámica, tres o más superficies	$500.00
D6610	Restauración onlay de retención - molde con alto contenido de metal noble, dos superficies	$460.00
D6611	Restauración onlay de retención - molde con alto contenido de metal noble, tres o más superficies	$490.00
D6612	Restauración onlay de retención - molde de metal base principalmente, dos superficies	$415.00
D6613	Restauración onlay de retención - molde de metal base principalmente, tres o más superficies	$425.00
D6614	Restauración onlay de retención - molde de metal noble, dos superficies	$440.00
D6615	Restauración onlay de retención - molde de metal noble, tres o más superficies	$450.00
D6624	Incrustación inlay de retención - titanio	$480.00
D6634	Restauración onlay de retención - titanio	$480.00
D6720	Corona de retención - resina con alto contenido de metal noble	$415.00
D6721	Corona de retención - resina con metal base principalmente	$365.00
D6722	Corona de retención - resina con metal noble	$390.00
D6740	Corona de retención - porcelana/cerámica	$530.00
D6750	Corona de retención - porcelana fundida con alto contenido de metal noble	$490.00
D6751	Corona de retención - porcelana fundida con metal base principalmente	$435.00
D6752	Corona de retención - porcelana fundida con metal noble	$460.00
D6753	Corona de retenedor - porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio	$490.00
D6780	Corona de retención - 3/4 de molde con alto contenido de metal noble	$490.00
D6781	Corona de retención - 3/4 de molde de metal base principalmente	$435.00
D6782	Corona de retención - 3/4 de molde de metal noble	$460.00
D6783	Corona de retención - 3/4 de porcelana/cerámica	$490.00
D6784	Corona de retenedor - 3/4 titanio y aleaciones de titanio	$490.00
D6790	Corona de retención - molde completo con alto contenido de metal noble	$490.00

D6791	Corona de retención - molde completo de metal base principalmente	$435.00
D6792	Corona de retención - molde completo de metal noble	$460.00
D6794	Corona de retención - titanio y aleaciones de titanio	$490.00
D6930	Volver a cementar o pegar dentadura postiza parcial fija	$65.00
D6940	Placa de descanso	$64.00
D6980	arreglo de dentadura fija parcial por causa de falla del material restaurador	$100.00

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 primaries	$60.00
D7140	Extracción de diente avulsionado o raíz expuesta (extracción por elevación y/o fórceps)	$64.00
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	$155.00
D7220	Extracción de diente traumatizado - tejido blando	$165.00
D7230	Extracción de diente traumatizado - parcialmente óseo	$220.00
D7240	Extracción de diente traumatizado - totalmente óseo	$250.00
D7241	Extracción de diente traumatizado - totalmente óseo con complicaciones quirúrgicas inusuales	$305.00
D7250	Extracción de raíces dentarias residuales (procedimiento de corte)	$155.00
D7251	Coronectomía: extracción parcial intencional de dientes, solo dientes impactados	$225.00
D7252	Extracción parcial para colocación inmediata de implante: *una vez de por vida*	$155.00
D7260	Cierre de fístula oroantral	$470.00
D7261	Cierre primario de la perforación de la cavidad sinusal	$415.00
D7270	Reimplantación de diente y/o estabilización de diente avulsionado o desplazado accidentalmente	$210.00
D7280	Exposición de un diente no erupcionado	$270.00
D7282	Movilización de diente avulsionado o en mala posición para permitir la erupción	$135.00
D7283	Colocación de dispositivo para facilitar la erupción de diente traumatizado	$68.00
D7284	Biopsia por excisión de glándulas salivales menores - *no incluye procedimientos de patología en el laboratorio*	$190.00
D7285	Biopsia incisional de tejido bucal duro (hueso, diente)	$225.00
D7286	Biopsia incisional de tejido bucal blando - *no incluye procedimientos en laboratorio de patología* .	$190.00
D7287	Recolección de una muestra citológica exfoliativa	$78.00
D7288	Biopsia con cepillo - toma de una muestra transepitelial	$78.00
D7310	Alveoloplastía con extracciones - 4 o más dientes o espacios interdentales - por cuadrante	$130.00
D7311	Alveoloplastia con extracciones - 1 a 3 dientes o espacios interdentales, por cuadrante	$68.00
D7320	Alveoloplastía sin extracciones - 4 o más dientes o espacios interdentales - por cuadrante	$165.00
D7321	Alveoloplastia sin extracciones - 1 a 3 dientes o espacios interdentales, por cuadrante	$81.00
D7450	Extracción de quiste odontogénico benigno o tumor - lesión hasta 1,25 cm de diámetro	$260.00
D7451	Extracción de quiste odontogénico benigno o tumor - lesión con diámetro superior a 1,25 cm	$260.00
D7471	Extracción de exostosis lateral (maxilar o mandibular)	$275.00
D7472	Eliminación de torus palatinus	$275.00
D7473	Eliminación de torus mandibularis	$275.00
D7485	Reducción de la tuberosidad ósea	$165.00
D7509	Marsupialización de quiste odontogénico	$260.00
D7510	Incisión y drenaje de abscesos - tejido intraoral blando	$110.00
D7511	Incisión y drenaje de abscesos: tejido blando intraoral - complejo (incluye drenaje de espacios faciales múltiples)	$165.00
D7880	Dispositivo ortésico oclusal, por informe - *se limita a 1 cada 24 meses; solamente se cubre junto con un tratamiento de la articulación temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés)*	$495.00
D7881	Ajuste de dispositivo ortésico oclusal	$43.00
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
D7963	Frenuloplastia	$220.00
D7970	Excisión de tejido hiperplásico - por arco	$90.00
D7971	Excisión de tejido gingival pericoronario	$90.00

D8000-D8999 XI. ORTODONCIA

- El copago mencionado para el tratamiento de ortodoncia cubre hasta 24 meses de tratamiento activo.
- El plan de Copagos de Retención incluye ajustes y/o consultas durante un período de hasta 24 meses.
Los planes de tratamiento que se extiendan 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 conforme a los honorarios regulares del ortodoncista.

Los informes pre y post ortodóncicos incluyen:

	El Beneficio para informes y servicios diagnósticos previos al tratamiento incluye:	$575.00
D0210	Intraoral: serie completa de imágenes radiográficas: *limitada a 1 de (D0210 o D0330) cada 24 meses. Se permite un (1) D0210 o un (1) D0330*	
D0322	Tomografía computada	
D0330	Imagen radiográfica panorámica: *limitada a 1 de (D0210 o D0330) cada 24 meses. Se permite un (1) D0210 o un (1) D0330*	
D0340	Radiografía cefalométrica 2D	
D0350	2D imágenes fotográficas orales/faciales obtenidas intra o extra-oralmente	
D0396	Impresión 3D de un escáner 3D intraoral	
D0470	Moldes dentales para diagnóstico	
D0801	Exploración 3D de la superficie intrabucal, directa	
D0802	Escaneo 3D de la superficie dental - indirecto	
D0803	Escaneo 3D de la superficie facial - directo	
D0804	Escaneo 3D de la superficie facial - indirecto	
	El Beneficio para informes después del tratamiento incluye:	$140.00
D0210	Intraoral: serie completa de imágenes radiográficas: *limitada a 1 de (D0210 o D0330) cada 24 meses. Se permite un (1) D0210 o un (1) D0330*	
D0470	Moldes dentales para diagnóstico	
D8010	Tratamiento ortodóncico limitado del grupo de dientes primarios	$910.00
D8020	Tratamiento ortodóncico limitado de los dientes de leche *niños o adolescentes hasta 19 años*	$950.00
D8030	Tratamiento ortodóncico limitado en dentadura de adolescentes - *adolescentes hasta 19 años*	$950.00
D8040	Tratamiento ortodóncico limitado - *adultos, incluye niños a cargo de adultos con cobertura*	$985.00
D8070	Tratamiento ortodóncico completo de dientes de leche *niños o adolescentes hasta 23 años*	$1,530.00
D8080	Tratamiento ortodóncico completo en dentadura de adolescentes *adolescentes hasta 19 años*	$1,750.00
D8090	Tratamiento ortodóncico completo - *adultos, incluye niños a cargo de adultos con cobertura*	$2,000.00
D8091	Tratamiento de ortodoncia completo con cirugía ortognática: *adultos, incluidos hijos adultos dependientes cubiertos*	$2,300.00
D8660	Examen para tratamiento preortodóntico para controlar el crecimiento y desarrollo	$80.00
D8670	Visita periódica de tratamiento de ortodoncia - *incluida en cargo de caso completo*	Sin Costo
D8671	Consulta periódica para tratamiento de ortodoncia asociado con cirugía ortognática: *se incluye en el cargo del caso completo*	No Cost
D8680	Retención ortodóntica (extracción de aparatos, armado y colocación de *retenedores* removibles)	$230.00
D8681	Ajuste de retenedor de ortodoncia extraíble	Sin Costo
D8999	Procedimiemto ortodóncico no especificado, por informe - *incluye consulta para la planificación del tratamiento*	$550.00

D9000-D9999 XII. SERVICIOS GENERALES COMPLEMENTARIOS

D9110	Tratamiento paliativo del dolor dental - por visita	$65.00
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	Administración de sedación profunda/anestesia general, primer incremento de 15 minutos o cualquier parte del mismo	$84.00
D9223	Administración de sedación profunda/anestesia general, cada incremento de 15 minutos subsecuente o cualquier parte del mismo	$84.00
D9224	Administración de anestesia general con vía aérea avanzada: primer incremento de 15 minutos o cualquier parte del mismo	$84.00

D9225	Administración de anestesia general con vía aérea avanzada: cada incremento siguiente de 15 minutos o cualquier parte del mismo	$84.00
D9239	Administración de sedación moderada, intravenosa, primer incremento de 15 minutos o cualquier parte del mismo	$73.00
D9243	Sedación o analgesia intravenosa moderada (en estado consciente) - cada 15 minutos adicionales subsiguientes	$73.00
D9310	Consulta - (diagnóstico por parte de un odontólogo o médico distinto al profesional a cargo del tratamiento)	Sin Costo
D9311	Consulta con un profesional del cuidado de la salud	Sin Costo
D9430	Visita al consultorio para control (durante horas regulares de consulta) - sin otras prestaciones	Sin Costo
D9440	Visita al consultorio - después de las horas de atención programada	$77.00
D9450	Presentación del caso, posterior a la planificación detallada y extensa del tratamiento	Sin Costo
D9912	Evaluación del paciente antes de la visita	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
D9936	Limpieza e inspección del protector oclusal, por aparato, *limitada a 1 D9944, D9945 o D9946 por 24 meses*	$10.00
D9941	Fabricación de protector bucal para hacer deporte - *se limita a 1 cada 12 meses*	$110.00
D9943	Ajuste de protector oclusal	$20.00
D9944	Protector oclusal - aparatos duros, arco dentario completo - *limitado a 1 D9944, D9945 o D9946 por 24 meses*	$360.00
D9945	Protector oclusal - aparatos blandos, arco dentario completo - *limitado a 1 D9944, D9945 o D9946 por 24 meses*	$360.00
D9946	Protector oclusal - aparatos duros, arco dentario parcial - *limitado a 1 D9944, D9945 o D9946 por 24 meses*	$360.00
D9951	Ajuste oclusal, limitado	$71.00
D9952	Ajuste oclusal, completo	$225.00
D9975	Blanqueamiento externo para aplicación en casa, por arco; incluye materiales y fabricación de moldes personalizados - *limitado a una cubeta de blanqueamiento y gel para 2 semanas de tratamiento personal*	$110.00
D9986	Consulta perdido - *sin previo aviso de 24 horas de anticipación*	$10.00
D9987	Consulta cancelada - *sin previo aviso de 24 horas de anticipación*	$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 el dentista contratado realiza los servicios para un procedimiento enumerado, usted paga el copago especificado. Los procedimientos enumerados que requieren que un dentista brinde servicios especializados deben ser remitidos por el dentista contratado. Usted paga el copago especificado para dichos servicios.

ANEXO B

Limitaciones y exclusiones de beneficios

1. La frecuencia de ciertos beneficios es limitada. Todas las limitaciones de frecuencia se detallan en el Anexo A, Descripción de Beneficios y Copagos.

2. Si acepta un plan de tratamiento del dentista contratado que incluye cualquier combinación de más de seis coronas, pónticos de puente y/o retenedores de puente, se le puede cobrar $135.00 adicionales por encima del Copago indicado para cada uno de estos servicios después de que se haya realizado la sexta unidad previsto.

3. La anestesia general y/o la sedación/analgesia intravenosa se limitan al tratamiento realizado por un cirujano oral contratado y junto con una remisión aprobada para la extracción de una o más impactaciones óseas parciales o totales (Procedimientos D7230, D7240 y D7241).

4. Al recomendar corona(s), póntico(s) de puente y/o retenedores de puente cubiertos, que están sostenidos por un diente natural o un implante dental, los dentistas contratados pueden ofrecer servicios que utilizan marcas o nombres comerciales por un cargo adicional. Se le debe ofrecer los Beneficios del Plan de una corona/póntico procesado en laboratorio de alta calidad que puede incluir: porcelana/cerámica; porcelana con base, metal noble o muy noble. Si elige la alternativa de una mejora de material (coronas/pónticos procesados en laboratorio o procesados en el consultorio de marca producidos mediante técnicas o materiales especializados, incluidos, entre otros: Captek, Procera, Lava, Empress y Cerec), el dentista contratado puede cobrar un cargo adicional que no supere los $150,00 además del copago indicado. Comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente al 800-422-4234 si tiene preguntas sobre la tarifa adicional o los servicios de marca.

5. Los beneficios proporcionados por un dentista pediátrico se limitan a niños hasta los 13 años después de que el dentista contratado haya intentado tratar al niño y con nuestra autorización, menos los copagos correspondientes. Las excepciones por condiciones médicas, independientemente de la limitación de edad, se considerarán de forma individual.

6. Su costo por recibir tratamiento de ortodoncia cuando la cobertura se cancela o finaliza por cualquier motivo se basará en la tarifa presentada por el ortodoncista contratado para el plan de tratamiento. El ortodoncista contratado prorrateará el monto por la cantidad de meses restantes para completar el tratamiento. Usted realiza el pago directamente al ortodoncista contratado según lo acordado.

7. El tratamiento de ortodoncia en curso se limita a los nuevos afiliados de DeltaCare USA que, en el momento de su fecha de entrada en vigencia original, están en tratamiento activo iniciado bajo el plan dental patrocinado por su empleador anterior, siempre y cuando sigan siendo elegibles bajo el plan DeltaCare USA. El tratamiento activo significa que ha comenzado el movimiento de los dientes. Usted es responsable de todos los Copagos y cargos sujetos a las disposiciones de su plan dental anterior. Somos financieramente responsables solo por los montos no pagados por el plan dental anterior para los casos de ortodoncia que califican.

8. La fabricación de protectores bucales deportivos se limita a una vez cada 12 meses.

9. Si cualquier puente fijo o dentadura postiza removible existente que ya reemplaza el diente o dientes, que sería reemplazado por una nueva prótesis soportada por implantes, ese aparato existente debe ser elegible para reemplazo según los términos del Contrato.

10. El reemplazo de los implantes y las prótesis sostenidas por implantes requiere que los implantes existentes y las prótesis sostenidas por implante tengan más de 5 años de antigüedad.

11. Los implantes y las coronas y prótesis soportadas por implantes están cubiertas para reemplazar uno o más dientes naturales permanentes perdidos debido a un traumatismo accidental o al retiro.

12. La extracción del implante está limitada a uno (1) por cada implante durante Su vida.

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:
   * No permita garantizar un resultado positivo ni una duración aceptable, de acuerdo con el estado del diente o los dientes y/o las estructuras aledañas. **o**
   * Sea consistente con las normas dentales generalmente aceptadas.
3. Cobertura de cualquier servicio dental que no esté incluido en la Lista A, si se presta ese servicio:
   * únicamente con fines cosméticos; o

     b. para tratar una enfermedad dental, que es el resultado directo de defectos hereditarios o de desarrollo, como paladar hendido, malformaciones de la mandíbula superior e inferior, dientes congénitos perdidos y dientes descoloridos o faltos de esmalte.
4. Los aparatos rotos o robados que incluyen, entre otros, dentaduras postizas completas o parciales, separadores, coronas, implantes de soporte y dentaduras postizas fijas parciales (puentes), que estén sostenidos por un diente natural o un implante dental.
5. Procedimientos, piezas o restauraciones si el objetivo fuera cambiar una dimensión vertical o diagnosticar o tratar condiciones anormales en la unión temporomandibular (TMJ).
6. Procedimientos que pueden incluir:
   * metales preciosos para piezas removibles;
   * bases blandas permanentes o metálicas para dentaduras completas;
   * dentadura de porcelana dentada;
   * pilares de precisión para parciales removibles o prótesis parciales fijas, que incluyen pero no se limitan a recubrimientos y aparatos especializados relacionados; y/o
   * personalización y caracterización de prótesis dentales completas y parciales.
7. Procedimientos que pueden incluir:
   * un diagnóstico pre-implante y servicios terapéuticos, los cuales únicamente se realizan para facilitar la colocación de un implante dental que incluye tomografía computada (CT, en inglés) de haz cónico e interpretación, injertos de hueso o aumento sinusal;
   * el mantenimiento post-implante, las cirugías de hueso o los injertos de hueso; o
   * remoción de un implante dental y todos los otros servicios asociados con un implante dental, a menos que esté incluido como un beneficio cubierto.
8. Consultas por Beneficios no cubiertos.
9. Servicios dentales recibidos de cualquier centro dental que no sea el Dentista contratado, un especialista dental autorizado o un Ortodoncista contratado, excepto *Servicios de emergencia* como se describe en la Evidencia de cobertura.
10. Todos los honorarios de admisión, uso, hospitalización, centros quirúrgicos ambulatorios, instituciones de atención complementaria u otros centros de atención similares.
11. Medicamentos con receta.
12. Gastos dentales incurridos en relación con cualquier procedimiento dental u ortodóncico iniciado antes de Su elegibilidad con el Plan DeltaCare USA. Los ejemplos incluyen: dientes preparados para coronas, endodoncias en curso, dentaduras postizas completas o parciales para las que se ha tomado una impresión y ortodoncia, a menos que califique para la provisión de tratamiento de ortodoncia en curso.
13. Piezas de ortodoncia extraviadas, robadas o estropeadas.

14. Cambios en el tratamiento ortodóncico a causa de un accidente de cualquier índole.
15. Piezas y/o tratamientos miofuncionales o parafuncionales.
16. Brackets de composite o cerámicos, adaptación lingual de bandas de ortodoncia.
17. Tratamiento o aparatos proporcionados por un dentista contratado cuya práctica se especializa en servicios de prostodoncia.
18. El tratamiento de ortodoncia debe ser proporcionado por un Dentista con la licencia correspondiente. La ortodoncia autoadministrada no está cubierta.
19. Una prótesis sostenida por un implante con un diente de soporte sostenido por un diente natural y el segundo sostenido por un implante no están cubiertas.
20. Los implantes y las coronas y aparatos soportados por implantes no son beneficios cubiertos para usted y sus afiliados dependientes menores de 19 años.
21. Las ayudas de diagnóstico y tratamiento para los implantes se consideran parte de los honorarios por el tratamiento definitivo y están incluidos en ellos.

Obtén más consejos útiles para usar tu plan

Busca un dentista de la red cerca de ti

Utiliza nuestra práctica herramienta **Buscar un dentista** y selecciona **DeltaCare USA** como tu red.

- Encuentra un dentista cerca de tu hogar u oficina.
- Limita tu búsqueda por ubicación, especialidad, idiomas hablados y más.

Crea una cuenta en línea en es.deltadentalins.com/members/welcome-deltacare-usa.html

- Revisa los beneficios de tu plan
- Accede a tu tarjeta de identificación si lo deseas (no necesitas una tarjeta de identificación para recibir servicios).
- Selecciona o cambia tu dentista en cualquier momento.

Disfruta de los beneficios de la cobertura de Delta Dental

Explora beneficios adicionales para miembros, como ahorros para salud bucal y general, recursos exclusivos y más en **es.deltadentalins.com/memberperks**.

También puedes acceder a herramientas y consejos para la salud oral en **es.deltadentalins.com/healthylivinghub**.

Contáctanos

¿Necesitas ayuda? Contáctanos y te ayudaremos.

En línea: visita **es.deltadentalins.com/contact**.

Escribe a:
Delta Dental Insurance Company
1130 Sanctuary Parkway
Alpharetta, GA 30009

Línea gratuita: 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 usa nuestro sistema telefónico automatizado, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Administrado por:
Delta Dental Insurance Company
1130 Sanctuary Parkway
Alpharetta, GA 30009

NOTA: Este es solo un breve resumen de tu plan.

Este folleto no pretende reemplazar tu Evidencia de Cobertura requerida legalmente. Debes consultar el Contrato de Servicios Dentales Grupales para determinar los términos y las condiciones exactos de tu cobertura. Consulta la sección "Descripción de beneficios y copagos" y la sección "Limitaciones y exclusiones de los beneficios" de este folleto para ver una lista completa de los procedimientos cubiertos, los copagos, las limitaciones y exclusiones del plan. También puedes consultar tu Evidencia o Certificado de Cobertura. Si deseas revisar una Evidencia o Certificado de Cobertura antes de la inscripción, llama al servicio al cliente al **800-422-4234** para solicitar una copia.

© 2026 Delta Dental. Todos los derechos reservados.
ES #975400 (04/26)