KAISER PERMANENTE®

California

Plan familiar suplementario de atención dental DeltaCare HMO

DELTACARE 13B

SERVICIOS	El Miembro Paga
ATENCIÓN PREVENTIVA: dos veces al año Evaluación bucal periódica y completa	Sin costo
Radiografías de mordida: dos veces al año Para menores de hasta 18 años, o una vez al año para los adultos a partir de los 19 años	Sin costo
Profilaxis: dos veces al año	Sin costo
Tratamientos con fluoruro Solo para menores de hasta 19 años, dos veces al año	Sin costo
Mantenedores de espacio Extraíbles, unilaterales	$50
PERIODONCIA: dos veces al año Mantenimiento	$35
Eliminación de sarro y alisado radicular Límite de cuatro cuadrantes por año	$50
Cirugía: ósea (incluida la inserción y el cierre del colgajo) Cuatro o más dientes por cuadrante	$300
RESTAURACIÓN: cuatro o más superficies Empastes: amalgama primaria o permanente	Sin costo
Coronas de empaste compuesto, a base de resina Dientes anteriores	$55
Corona de porcelana	$355
Incrustaciones metálicas 1 superficie	$145
ENDODONCIA Pulpotomía terapéutica No incluye la restauración final	$25
Extracción de raíz, por raíz	$70
Tratamiento de conducto, dientes anteriores No incluye la restauración final	$95
Tratamiento de conducto, molares No incluye la restauración final	$335
PROSTODONCIA: dentadura postiza completa La elegibilidad del inscrito debe estar vigente, y el servicio tiene que proporcionarse en el centro de atención del dentista contratado en el que originalmente se entregó la dentadura postiza.	$285
Rebasado de una dentadura postiza maxilar o mandibular, en el consultorio del dentista Completo o parcial	$50
Rebasado de una dentadura postiza maxilar o mandibular, en el laboratorio Completo o parcial	$85
CIRUGÍA BUCAL Y MAXILOFACIAL Extracción de diente erupcionado o de raíz expuesta Extracción con fórceps o por elevación	$5
Extirpación quirúrgica de diente erupcionado Completa o parcial	$45
ORTODONCIA Ortodoncia completa Menores de hasta 19 años	$1,900
Ortodoncia completa Adultos, incluidos los hijos adultos dependientes con cobertura	$2,100

Los beneficios mencionados son solo una muestra de los servicios proporcionados y los costos asociados. Los costos varían. Consulte la lista completa de todos los servicios y costos en la *Evidencia de Cobertura* (Evidence of Coverage). Los beneficios de DeltaCare solo están cubiertos cuando los proporciona un proveedor de la red de California DeltaCare HMO. En California, DeltaCare USA está suscrito y es administrado por Delta Dental of California.

DELTA DENTAL®

A REGISTERED MARK OF DELTA DENTAL PLANS ASSOCIATION

Exclusiones de beneficios en los planes de atención dental DeltaCare HMO

Los planes DeltaCare HMO no tienen el objetivo de satisfacer los requisitos de la ACA para beneficios de atención dental pediátrica.

- El plan de atención dental DeltaCare HMO no está disponible para los empleados inscritos en un plan médico de PPO que no vivan en California.
- Cualquier procedimiento para el que, desde el punto de vista profesional del dentista contratado:
  - no se pueda pronosticar un resultado satisfactorio y una duración razonable debido al estado del diente o de los dientes, o de las estructuras cercanas, o
  - no se sigan las normas de odontología generalmente aceptadas.
- Servicios que solo tengan fines estéticos, a excepción del procedimiento D9972 (blanqueamiento externo, por arco), o los servicios para enfermedades que hayan sido consecuencia de algún defecto hereditario o del desarrollo, como el paladar hendido, las malformaciones de la mandíbula superior o inferior, la falta de dientes por razones congénitas y dientes descoloridos o con falta de esmalte, excepto el tratamiento de recién nacidos con defectos congénitos o anomalías de nacimiento.
- Coronas de porcelana, porcelana fundida con metal, coronas de metal o de resina con metal, y dentaduras postizas parciales fijas (puentes) para niños menores de 16 años.
- Aparatos perdidos o robados, incluidos, entre otros, las dentaduras postizas parciales o completas, los mantenedores de espacio, las coronas y las dentaduras postizas parciales fijas (puentes).
- Procedimientos, aparatos o restauraciones, si el fin es cambiar la dimensión vertical, o diagnosticar o tratar afecciones anormales de la articulación temporomandibular (*temporomandibular joint*, TMJ).
- Metales preciosos para aparatos extraíbles, bases blandas metálicas o permanentes para dentaduras postizas completas, dientes de dentaduras postizas de porcelana, pilares de precisión para dentaduras postizas parciales fijas o extraíbles (revestimientos, implantes y aparatos relacionados con estos), y personalización y caracterización de dentaduras postizas completas y parciales.
- Aparatos y accesorios dentales sostenidos por implantes; colocación, mantenimiento o extracción de implantes, y todos los demás servicios relacionados con implantes dentales.
- Consultas para beneficios no cubiertos.
- Servicios de atención dental suministrados por cualquier centro de odontología que no sea el del dentista contratado asignado, un especialista dental previamente autorizado o un ortodoncista contratado, excepto los servicios de emergencia, tal como se describen en el contrato o la *Evidencia de Cobertura*.
- Todos los costos relacionados con servicios de hospitalización, uso o internaciones en un hospital, un centro de cirugía ambulatoria, un centro de atención ampliado u otro centro de atención similar.
- Medicamentos recetados.
- Gastos dentales incurridos debido a algún procedimiento de ortodoncia o dental iniciado antes de que la persona inscrita sea elegible para el programa DeltaCare USA. Los ejemplos son, entre otros, preparación de dientes para coronas, tratamientos de conducto en curso, dentaduras postizas parciales o completas para las que se realiza una impresión, y servicios de ortodoncia, a menos que se reúnan los requisitos de la cláusula de tratamientos de ortodoncia en curso.
- Aparatos de ortodoncia perdidos, robados o rotos.
- Cambios en el tratamiento de ortodoncia que se necesiten por un accidente de cualquier tipo.
- Aparatos o terapias miofuncionales y parafuncionales.
- Aparatos de cerámica o resina compuesta, adaptación lingual de bandas de ortodoncia y otras alternativas especializadas o estéticas en lugar de aparatos de ortodoncia estándar, fijos y extraíbles.
- Tratamientos o aparatos proporcionados por un dentista que se especializa en servicios de prostodoncia.

Para obtener más información sobre los beneficios o el directorio de dentistas de Delta, llame a Delta Dental al **800-422-4234** o visite **es.deltadentalins.com**.

Small Business
808381219
ADA