

DeltaCare® USA

Delta Dental Individual & Family™

DeltaCare USA
Plan Básico Familiar



Beneficios dentales que son
asequibles y fáciles de entender

Obtén atención dental de inmediato con DeltaCare USA

¿Un plan de DeltaCare USA es adecuado para mí?

Con costos fijos fáciles de entender y precios asequibles, DeltaCare USA es excelente para personas con presupuesto limitado. Los planes de DeltaCare USA:

- Incluyen costos fijos (también conocidos como copagos) para servicios dentales cubiertos
- No tienen periodos de espera para ningún procedimiento cubierto, incluso servicios mayores
- No tienen ningún copago o tienen copagos bajos para la atención preventiva y diagnóstica

Para usar tu plan, debes consultar al dentista de DeltaCare USA que elijas. ¡Pero no te preocupes! Si necesitas atención dental de emergencia, aun cuando estés lejos de tu hogar, tienea cobertura de una disposición para servicios de emergencia¹.

Suscriptor

Delta Dental Insurance Company
P.O. Box 660138
Dallas, Texas 75266

Reclamaciones y Correspondencia

P.O. Box 1803
Alpharetta, GA 30023

Servicio al Cliente

888-857-0337
es.deltadentalins.com

¹ Consulta la póliza del plan para obtener una descripción de los beneficios, las limitaciones y las exclusiones del plan. **Consulta la lista completa de copagos**, además de las limitaciones y exclusiones, o llama al **888-857-0337**.

Delta Dental Insurance Company opera como administradora de DeltaCare USA en todos los estados.

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

¿Cómo funciona DeltaCare USA?

Si estás familiarizado con los planes de seguro estilo HMO, DeltaCare USA te resultará fácil de entender.

Cuando consultes al dentista de DeltaCare USA que elijas para recibir atención, simplemente pagarás los copagos mencionados en los documentos del plan por cualquier servicio cubierto que recibas. Dado que no hay periodos de espera ni deducibles (los montos mínimos que debes pagar antes del plan comenzarán a ayudar con los costos), puedes aprovechar al máximo tus beneficios el primer día que comience la cobertura.

No necesitas una tarjeta de identificación para recibir atención. Simplemente dale tu información a tu dentista, y el dentista puede encontrar tu cobertura.

Delta Dental Insurance Company proporciona beneficios como una Organización de Servicios de Salud Limitados Prepagados, según se describe en el Capítulo 636 de las Leyes de Florida.



Consejos importantes

- Siempre consulta al dentista de atención primaria de DeltaCare USA que elijas para recibir atención. Es fácil cambiar de dentista en cualquier momento en línea o por teléfono².
- Encuentra un dentista de DeltaCare USA cerca de ti con la **búsqueda Buscar un dentista**. Busca las calificaciones incorporadas de Yelp® y DentaQual® para que te ayuden a encontrar un dentista que te guste.
- Revisa la información importante del plan en la página siguiente para ver los copagos de los servicios cubiertos más comunes. También puedes **consultar la lista completa de copagos o la página de planes del mercado de seguros de salud** para obtener más información.

Lee cuidadosamente tu póliza. Este folleto proporciona una descripción breve de las características importantes de tu póliza. Este documento no es la póliza de seguro y solamente las disposiciones de la póliza prevalecerán. La póliza en sí misma establece a detalle los derechos y las obligaciones tanto para ti como para tu compañía de seguros. Por lo tanto, es importante que leas cuidadosamente tu póliza.

Si no estás satisfecho con la póliza por cualquier razón, puedes devolverla en un plazo de 10 días a partir de la fecha en la que la recibas. Envíala por correo o entréguela a Delta Dental Insurance Company. Se te reembolsará cualquier prima que hayas pagado. Entonces, se anulará la póliza desde su inicio.

² Los cambios recibidos entre los días 1 y 15 del mes entran en vigencia de inmediato. Los cambios recibidos entre el día 16 y fin de mes entrarán en vigencia el primer día del mes siguiente.

Delta Dental Individual & Family™

DeltaCare® EE. UU. | Plan Básico Familiar

Información importante del plan

Deducibles y límites máximos	Beneficios pediátricos (hasta los 19 años)	Beneficios para adultos (19 años y más)
Deducible El afiliado Familia	Ninguno Ninguno	Ninguno Ninguno
Límite máximo de los gastos de bolsillo Después de que se alcance este monto, el plan paga el 100 % de los servicios cubiertos restantes por año calendario.	\$425 por un miembro pediátrico \$850 por dos o más miembros pediátricos	Ninguno

Ejemplos de servicios cubiertos¹

Código de procedimiento	Descripción ²	Monto del copago ³	
		Beneficios pediátricos	Beneficios para adultos
Servicios de diagnóstico y prevención			
D0999	Visita al consultorio	\$15	\$15
D0120	Examen bucal periódico: paciente establecido	Sin costo	Sin costo
D0150	Evaluación completa de la boca: paciente nuevo o establecido	Sin costo	Sin costo
D0210	Serie completa de radiografías	\$10	\$10
D0220	Radiografía periapical de la raíz dental	Sin costo	Sin costo
D0230	Radiografía periapical de la raíz dental, cada imagen adicional	Sin costo	Sin costo
D0272	Radiografías de mordida (2 imágenes)	Sin costo	Sin costo
D0274	Radiografías de mordida (4 imágenes)	Sin costo	Sin costo
D0330	Radiografía panorámica	\$10	\$25
D1110	Profilaxis (limpieza): adultos	\$15	\$15
D1120	Profilaxis (limpieza): niños	\$15	No es un beneficio
D1208	Topicación con flúor	\$10	\$5
D1351	Sellador: por diente	\$15	No es un beneficio

¹ Los beneficios incluidos representan los servicios usados con más frecuencia cubiertos por tu plan; es posible que también haya otros servicios cubiertos. Después de la inscripción, DeltaCare USA pondrá a disposición una lista completa de servicios cubiertos y copagos, junto con las limitaciones y exclusiones que correspondan. Si corresponde, las áreas de servicio se detallan en las limitaciones y exclusiones.

² Los copagos y las descripciones de procedimientos a los que se hace referencia antes tienen por objeto aclarar la prestación de los beneficios del plan de DeltaCare USA. No deben interpretarse como nomenclatura o descriptores de CDT-2024, que están bajo los derechos de autor de la Asociación Dental Estadounidense (ADA, por sus siglas en inglés).

³ El copago es el monto que el afiliado paga por los servicios cubiertos en el momento del tratamiento.

Código de procedimiento	Descripción ²	Monto del copago ³	
		Beneficios pediátricos	Beneficios para adultos
Servicios básicos			
D2140	Empaste de amalgama (color plateado), 1 superficie	\$45	\$40
D2150	Empaste de amalgama (color plateado), 2 superficies	\$60	\$50
D2160	Empaste de amalgama (color plateado), 3 superficies	\$70	\$65
D2330	Empaste de resina (del color de los dientes), diente frontal, 1 superficie	\$75	\$70
D2331	Empaste de resina (del color de los dientes), diente frontal, 2 superficies	\$90	\$85
D2332	Empaste de resina (del color de los dientes), diente frontal, 3 superficies	\$100	\$95
D2391	Empaste de resina (del color de los dientes), diente posterior, 1 superficie	No es un beneficio	\$75
D2392	Empaste de resina (del color de los dientes), diente posterior, 2 superficies	No es un beneficio	\$90
D2393	Empaste de resina (del color de los dientes), diente posterior, 3 superficies	No es un beneficio	\$105
Endodoncia			
D3310	Conducto radicular, dientes frontales	\$270	\$270
D3320	Conducto radicular, premolares	\$320	\$320
D3330	Conducto radicular, muelas	\$390	\$390
Periodoncia			
D4260	Cirugía periodontal, por cuadrante	\$350	\$350
D4341	Limpieza de sarro periodontal y alisado radicular: cuatro o más dientes por cuadrante	\$110	\$110
D4910	Mantenimiento periodontal	\$60	\$60
Cirugía bucal			
D7140	Extracción de un diente completamente expuesto	\$85	\$85
D7210	Extracción de diente erupcionado (expuesto)	\$140	\$140
D7240	Extracción de un diente completamente traumatizado, apoyo óseo total	\$245	\$245
Servicios mayores			
D2750	Corona, porcelana y metal precioso	\$350	\$350
D2790	Corona, metal precioso	\$350	\$350
D5110	Dentadura postiza superior completa	\$350	\$350
D6240	Puente, pónico, porcelana y metal precioso	\$350	\$350
D6750	Corona y puente, porcelana y metal precioso	\$350	\$350
Ortodoncia			
D8080	Servicios pediátricos ⁴	\$350 ⁴	\$3,250
D8090	Servicios para adultos	\$350 ⁴	\$3,250

⁴Los servicios de ortodoncia para miembros pediátricos deben cumplir con la necesidad médica según lo determine un dentista.

Can you read this document? If not, we can have somebody help you read it. You may also be able to get this document written in your language. For free help, please call 888-857-0328 (TTY: 711).

¿Puede leer este documento? Si no, podemos encontrar a alguien que lo ayude a leerlo. También puede obtener este documento escrito en su idioma. Para obtener ayuda gratuita, llame al 888-857-0328 (servicio de retransmisión TTY deben llamar al 711). (Spanish)

您能自行閱讀本文件嗎？如果不能，我們可請人幫助您閱讀。您還可以請人以您的語言撰寫本文件。如需免費幫助，請致電 888-857-0328 (TTY: 711)。 (Chinese)

Bạn có đọc được tài liệu này không? Nếu không, chúng tôi sẽ cử một ai đó giúp bạn đọc. Bạn cũng có thể nhận được tài liệu này viết bằng ngôn ngữ của bạn. Để nhận được trợ giúp miễn phí, vui lòng gọi 888-857-0328 (TTY: 711). (Vietnamese)

이 문서를 읽으실 수 있습니까? 읽으실 수 없으면 다른 사람이 대신 읽어드릴 수 있습니다. 한국어로 번역된 문서를 받으실 수도 있습니다. 무료로 도움을 받기를 원하시면 888-857-0328 (TTY: 711)번으로 연락하십시오. (Korean)

Nababasa mo ba ang dokumentong ito? Kung hindi, may tao kaming makakatulong sa iyong basahin ito. Maaari mo ring makuha ang dokumentong ito nang nakasulat sa iyong wika. Para sa libreng tulong, pakitawagan ang 888-857-0328 (TTY: 711). (Tagalog)

Вы можете прочитать этот документ? Если нет, мы можем предоставить вам кого-нибудь, кто поможет вам прочитать его. Вы также можете получить этот документ на своем языке. Для получения бесплатной помощи, просьба звонить по номеру 888-857-0328 (телетайп: 711). (Russian)

هل تستطيع قراءة هذا المستند؟ إذا كنت لا تستطيع، يمكننا أن نوفر لك من يساعدك في قراءتها. ربما يمكنك أيضًا الحصول على هذا المستند مكتوبًا بلغتك للمساعدة المجانية اتصل بـ 888-857-0328 (TTY: 711). (Arabic)

Èske w ka li dokiman sa a? Si w pa kapab, nou ka fè yon moun ede w li l. Ou ka gen posiblite pou jwenn dokiman sa a tou ki ekri nan lang ou. Pou jwenn èd gratis, tanpri rele 888-857-0328 (TTY: 711). (Haitian Creole)

Pouvez-vous lire ce document ? Si ce n'est pas le cas, nous pouvons faire en sorte que quelqu'un vous aide à le lire. Vous pouvez également obtenir ce document écrit dans votre langue. Pour obtenir de l'assistance gratuitement, veuillez appeler le 888-857-0328 (TTY : 711). (French)

Możesz przeczytać ten dokument? Jeśli nie, możemy Ci w tym pomóc. Możesz także otrzymać ten dokument w swoim języku ojczystym. Po bezpłatną pomoc zadzwoń pod numer 888-857-0328 (TTY: 711). (Polish)

Você consegue ler este documento? Se não, podemos pedir para alguém ajudá-lo a ler. Você também pode receber este documento escrito em seu idioma. Para obter ajuda gratuita, ligue 888-857-0328 (TTS: 711). (Portuguese)

Non riesci a leggere questo documento? In tal caso, possiamo chiedere a qualcuno di aiutarti a farlo. Potresti anche ricevere questo documento scritto nella tua lingua. Per assistenza gratuita, chiama il numero 888-857-0328 (TTY: 711). (Italian)

この文書をお読みになれますか？お読みになれない場合には音読ボランティアを手配させていただきます。この文書をご希望の言語に訳したものをお送りできる場合もあります。無料のサポートについては、888-857-0328 (TTY: 711) までお問い合わせください。 (Japanese)

Können Sie dieses Dokument lesen? Falls nicht, können wir Ihnen einen Mitarbeiter zur Verfügung stellen, der Sie dabei unterstützen wird. Möglicherweise können Sie dieses Dokument auch in Ihrer Sprache erhalten. Rufen Sie für kostenlose Hilfe bitte folgende Nummer an: 888-857-0328 (Schreibtelefon: 711). (German)

آیا می توانید این متن را بخوانید؟ در صورتی که نمی توانید، ما قادریم از شخصی بخواهیم تا در خواندن این متن به شما کمک کند. همچنین ممکن است بتوانید این متن را به زبان خود دریافت کنید. برای کمک رایگان با این شماره تماس بگیرید: 888-857-0328 (TTY: 711). (Persian Farsi)