

DeltaCare® USA

Delta Dental Individual y Familiar™

DeltaCare® USA
Plan dental de la HMO
para familias



COVERED
CALIFORNIA

Beneficios dentales que son asequibles y fáciles de comprender **Obtenga atención dental de inmediato con DentalCare USA**

¿Es DeltaCare USA un plan adecuado para mí?

Con costos fijos fáciles de comprender y precios asequibles, DeltaCare USA es ideal para personas conscientes de su presupuesto. Los planes de DeltaCare USA presentan:

- Costos fijos (también conocidos como copagos) para los servicios dentales cubiertos
- No existen periodos de espera para ningún procedimiento cubierto, incluso servicios mayores
- Poco o ningún copago para atención preventiva y de diagnóstico

Para usar su plan, necesitará ver a su dentista de DeltaCare USA seleccionado. ¡Pero no se preocupe! Si necesita atención dental de emergencia, incluso cuando está lejos de su casa, está cubierto por una prestación de servicios de emergencia¹.

Underwriter

Delta Dental of California
560 Mission Street, Suite 1300
San Francisco, CA 94105

Reclamaciones y correspondencia

P.O. Box 1803
Alpharetta, GA 30023

Servicio al Cliente

888-282-8528
es.deltadentalins.com

¹ Consulte la póliza del plan para obtener una descripción completa de los beneficios, las limitaciones y exclusiones del plan. **Vea el calendario completo de copago**, más las limitaciones y exclusiones, o llame al **888-282-8528**.

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

Delta Dental y DeltaCare USA son marcas registradas de Delta Dental Plans Association.

¿Cómo funciona DeltaCare USA?

Si está familiarizado con los planes de seguro de HMO, le resultará fácil entender la opción de DeltaCare USA.

Cuando consulte a su dentista de DeltaCare USA seleccionado para recibir atención, simplemente pagará los copagos que figuran en los documentos del plan por cualquier servicio cubierto que reciba. Debido a que no hay periodos de espera ni deducibles (costos mínimos que debe pagar antes de que su plan comience a ayudar con sus costos), puede aprovechar al máximo sus beneficios el primer día que comience su cobertura.

No necesitará una tarjeta de identificación para recibir atención. Simplemente proporcione su información a su dentista para que este pueda encontrar su cobertura.



Consejos importantes

- Los afiliados visitan a su dentista de atención primaria seleccionado DentalCare USA para recibir atención. Es fácil cambiar su dentista en cualquier momento, en línea o por teléfono.²
- Busque un dentista DeltaCare USA cercano con la búsqueda **Encontrar un dentista**. Las calificaciones y tarifas Yelp® y DentaQual® integradas los ayudarán al encuentro un dentista que amarán.
- Revise los puntos destacados del plan en la página siguiente para ver los copagos por los servicios cubiertos más comunes. También puede **ver el cronograma completo de copagos o la página de planes de mercado de seguros de salud (Marketplace)** para obtener más información.

Lea cuidadosamente su póliza. Este folleto proporciona una descripción breve de las características importantes de su póliza. Esta no es la póliza de seguro y solo prevalecerán las disposiciones de la póliza. La propia póliza establece en detalle los derechos y obligaciones tanto de usted como de su compañía de seguros. Por lo tanto, es importante que lea cuidadosamente su póliza.

² Los cambios recibidos entre el día 1 y el día 15 del mes entran en vigencia de inmediato. Los cambios recibidos desde el 16 hasta el final del mes entrarán en vigencia el día 1 del mes siguiente.

Delta Dental Individual y Familiar™

DeltaCare® USA | Plan dental de la HMO para familias

Puntos destacados del plan

Deducibles y límites máximos	Beneficios pediátricos (hasta los 19 años)	Beneficios para adultos (de 19 años en adelante)
Deducible Afiliado Familia	Ninguno Ninguno	Ninguno Ninguno
Límite máximo de los gastos de bolsillo Después de que se alcance esta cantidad, el plan paga el 100 % de los servicios cubiertos restantes para ese año calendario.	\$350 un afiliado pediátrico \$700 dos o más afiliados pediátricos	Ninguno

Muestra de servicios cubiertos¹

Procedimiento Código	Descripción ²	Importe de copago ³	
		Beneficios pediátricos	Beneficios para adultos
Servicios de diagnóstico y prevención			
D0999	Visita al consultorio	Sin cargo	Sin cargo
D0120	Examen bucal regular — paciente establecido	Sin cargo	Sin cargo
D0150	Evaluación completa de la boca — paciente nuevo o establecido	Sin cargo	Sin cargo
D0210	Serie completa de radiografías	Sin cargo	Sin cargo
D0220	Radiografía periapical de la raíz del diente	Sin cargo	Sin cargo
D0230	Radiografía periapical de la raíz del diente, cada imagen adicional	Sin cargo	Sin cargo
D0272	Radiografía de mordida (2 imágenes)	Sin cargo	Sin cargo
D0274	Radiografía de mordida (4 imágenes)	Sin cargo	Sin cargo
D0330	Radiografía panorámica	Sin cargo	Sin cargo
D1110	Profilaxis (limpieza) — adulto	Sin cargo	Sin cargo
D1120	Profilaxis (limpieza) — niño	Sin cargo	Sin cobertura
D1208	Topicación con flúor	Sin cargo	Sin cargo
D1351	Sellador — por diente	Sin cargo	Sin cobertura

¹ El resumen de beneficios que se mencionó antes representa los servicios cubiertos que se utilizan con mayor frecuencia según su plan; también se cubren otros servicios. Después de la inscripción, DeltaCare USA pondrá a su disposición una lista completa de los servicios cubiertos y los copagos, junto con las limitaciones y exclusiones que se apliquen. Si corresponde, las áreas de servicio se detallan en las limitaciones y exclusiones.

² Los copagos y las descripciones de los procedimientos que se mencionaron antes tienen como finalidad aclarar la prestación de beneficios conforme al plan de DeltaCare USA. No deben interpretarse como descriptores ni nomenclatura del nomenclador dental actual (CDT, por sus siglas en inglés) para 2022, los cuales están protegidos por los derechos de propiedad intelectual de la Asociación Dental Estadounidense (ADA, por sus siglas en inglés).

³ Un copago es la cantidad que un afiliado paga por los servicios cubiertos en el momento del tratamiento.

Procedimiento Código	Descripción ²	Importe de copago ³	
		Beneficios pediátricos	Beneficios para adultos
Servicios básicos			
D2140	Empaste de amalgama (color plata), 1 superficie	\$25	\$25
D2150	Empaste de amalgama (color plata), 2 superficies	\$30	\$30
D2160	Empaste de amalgama (color plata), 3 superficies	\$40	\$40
D2330	Empaste de resina (color del diente), diente anterior, 1 superficie	\$30	\$30
D2331	Empaste de resina (color del diente), diente anterior, 2 superficies	\$45	\$45
D2332	Empaste de resina (color del diente), diente anterior, 3 superficies	\$55	\$55
D2391	Empaste de resina (color del diente), diente posterior, 1 superficie	\$30	\$30
D2392	Empaste de resina (color del diente), diente posterior, 2 superficies	\$40	\$40
D2393	Empaste de resina (color del diente), diente posterior, 3 superficies	\$50	\$50
Endodoncia			
D3310	Conducto radicular, diente anterior	\$195	\$200
D3320	Conducto radicular, diente premolar	\$235	\$235
D3330	Conducto radicular, muela	\$300	\$300
Periodoncia			
D4260	Cirugía periodontal, por cuadrante	\$265	\$265
D4341	Limpieza de sarro periodontal y alisado radicular – cuatro o más dientes por cuadrante	\$55	\$55
D4910	Mantenimiento periodontal	\$30	\$30
Cirugía bucal			
D7140	Extracción (remoción) de un diente totalmente expuesto	\$65	\$65
D7210	Extracción de diente erupcionado (expuesto)	\$120	\$115
D7240	Extracción de un diente traumatizado completamente, apoyo óseo total	\$160	\$160
Servicios mayores			
D2750	Corona, porcelana y metal precioso	Sin cobertura	\$300
D2790	Corona, metal precioso	Sin cobertura	\$300
D5110	Dentadura postiza superior completa	\$300	\$400
D6240	Puente pónico, porcelana y metal precioso	Sin cobertura	\$300
Ortodoncia			
D8080	Servicios pediátricos ⁴	\$350	Sin cobertura

⁴ Los servicios de ortodoncia para Afiliados pediátricos deben cumplir con los requisitos de necesidad médica según lo determinado por un Dentista contratado.

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 888-282-8978 (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 888-282-8978 (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 888-282-8978 (TTY: 711)。(Chinese)

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 888-282-8978 (TTY: 711). (Tagalog)

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 888-282-8978 (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 888-282-8978 (TTY: 711)번으로 연락하십시오. (Korean)

Դուք կարող եք կարդալ այս փաստաթուղթը: Եթե ոչ, մենք որևէ մեկին կգտնենք, ով կօգնի ձեզ կարդալ: Դուք կարող եք նաև այս փաստաթուղթը ստանալ գրված ձեր լեզվով: Անվճար օգնության համար խնդրում ենք զանգահարել 888-282-8978 (TTY 711): (Armenian)

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: 888-282-8978 (TTY: 711). (Persian Farsi)

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 888-282-8978 (TTY: 711). (Arabic)

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 888-282-8978 (телетайп: 711). (Russian)

क्या आप इस दस्तावेज़ को पढ़ सकते हैं? यदि नहीं, तो हम इसे पढ़ने में आपकी सहायता करने हेतु किसी की व्यवस्था कर सकते हैं। आप इस दस्तावेज़ को अपनी भाषा में लिखा हुआ भी प्राप्त कर सकते हैं। निशुल्क सहायता के लिए, कृपया यहाँ कॉल करें 888-282-8978 (TTY: 711)। (Hindi)

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、888-282-8978 (TTY: 711) までお問い合わせください。(Japanese)

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹ ਸਕਦੇ ਹੋ? ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਇਸ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹਨ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਲਿਆ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਲਿਖਿਆ ਹੋਇਆ ਵੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 888-282-8978 (TTY: 711) ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ। (Punjabi)

Koj nyeem puas tau daim ntawv no? Yog koj nyeem tsis tau, peb muaj neeg pab nyeem rau koj. Tsis tas li ntawd xwb, tej zaum kuj muab daim ntawv no sau ua koj hom lus tau thiab. Yog yuav thov kev pab dawb, thov hu rau 888-282-8978 (TTY: 711). (Hmong)

តើលោកអ្នកអាចអានឯកសារនេះបានទេ? បើសិនមិនអាចទេ យើងអាចឱ្យនរណាម្នាក់ជួយអានឱ្យលោកអ្នក។ លោកអ្នកក៏អាចទទួលបានឯកសារនេះជាលាយលក្ខណ៍អក្សរជាភាសារបស់លោកអ្នកផងដែរ។ សម្រាប់ជំនួយឥតគិតថ្លៃ សូមទូរស័ព្ទទៅ 888-282-8978 (TTY: 711)។ (Cambodian)

คุณสามารถอ่านเอกสารนี้ได้หรือไม่? หากไม่ได้ เราสามารถหาคณะมาช่วยคุณอ่านได้ นอกจากนี้ คุณยังสามารถรับเอกสารนี้ที่เขียนในภาษาของคุณได้อีกด้วย ได้รับความช่วยเหลือฟรีได้โดยโทรไปที่ 888-282-8978 (TTY: 711) (Thai)