

2022 Beneficios Dentales y Programa de Copagos

Plan dental básico y dental mejorado opcional

Service To Seniors (HMO) Desert Preferred Choice (HMO)

Bienvenido a Delta Dental (DHMO)

Inter Valley Health Plan se asocia con Delta Dental Para proporcionar a nuestros miembros una cobertura de servicio dental de rutina que es un beneficio no cubierto por Medicare

El Plan Dental Básico le brinda cobertura sin periodos de espera y sin deducibles. Usted puede actualizar a el Plan Opcional Mejorado que ofrece copagos más bajos para sus procedimientos dentales.

Este libro enumera los copagos de Plan Dental Básico y el Plan Opcional Mejorado. Está diseñado para ayudarle a comprender qué esperar al usar El plan dental Delta Dental Plan.



Delta Dental es una marca registrada de La Asociación de Planes Dentales Delta.

Especialista
en cuidado
dental



TABLA DE CONTENIDO

Introducción	2
Descripción de Beneficios y copagos	8
Copago dental	9
Exclusiones de los Beneficios . . .	30
Definiciones	32

INTRODUCCIÓN

Nos complace darle la bienvenida al plan dental para INTER VALLEY HEALTH PLAN. Service to Seniors (HMO) y Desert Preferred Choice (HMO). Este plan está administrado por Delta Dental of California (“Delta Dental”). Nuestro objetivo es brindarle cuidado dental de alta calidad y ayudarlo a mantener una buena salud dental. Le recomendamos que no espere a tener un problema para ver al dentista, sino que lo vea regularmente.

Este plan DHMO está disponible en los siguientes condados Los Angeles, Orange, Riverside y San Bernardino.

Utilizando este folleto con programa de copagos

Este Anexo de Beneficios Dentales (“Plan”), que incluye el Anexo A, el program de Copagos y el Anexo B, Servicios, Limitaciones y Exclusiones, revela los términos y condiciones de su cobertura y está diseñado para ayudarlo a aprovechar al máximo su plan dental. Lo ayudará a comprender cómo funciona su Plan y cómo obtener cuidado dental. Lea este folleto por completo y con atención. Lea la sección Definiciones, en la cual se explican todas las palabras que tienen significados especiales o técnicos en este Plan.

Las explicaciones de los beneficios que se encuentran en este folleto del Plan están sujetas a todas las disposiciones del Contrato estipulado con INTER VALLEY HEALTH PLAN (“Titular del Contrato”) y no modifican los términos ni las condiciones del Contrato de ninguna manera, así como usted tampoco adquirirá ningún derecho por las declaraciones u omisiones de este folleto.

Aviso: *Este folleto del Plan es un resumen de su plan dental y su exactitud debe verificarse antes de recibir tratamiento. Esta información no es una garantía de Beneficios, servicios o pagos cubiertos.*

Comuníquese con El Plan Dental

Para obtener más información, visite www1.deltadentalins.com/ivhp o llame al Centro de

Servicio al Cliente de Delta Dental al (855) 370-3801 (TTY 711). Un Representante de Servicio al Cliente podrá responder las preguntas que usted tenga acerca de cómo obtener el cuidado dental, ayudarlo a ubicar a un Proveedor Participante de Delta Dental, explicarle los Beneficios, consultar el estado de una reclamación y ayudarlo a presentar una reclamación.

Puede acceder a la línea de información automatizada de Delta Dental llamando al (855) 370-3801 (TTY 711) durante el horario comercial habitual para obtener información acerca de la elegibilidad y los Beneficios de los Miembros, el estado de una reclamación o para hablar con un Representante de Servicio al Cliente para obtener asistencia. Si prefiere comunicarse con Delta Dental por escrito para plantear sus dudas, envíe una carta a la siguiente dirección:

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

Cómo utilizar este Plan: elección de Proveedores Participantes

Para recibir Beneficios bajo este Plan, debe seleccionar un Proveedor Participante en el directorio de Proveedores Participantes. Si no selecciona a un Proveedor Participante o el Proveedor Participante seleccionado por usted deja de estar disponible, le pediremos que seleccione a otro Proveedor Participante o le asignaremos uno. Puede cambiar su Proveedor Participante asignado dirigiendo una solicitud al departamento de Servicio al Cliente al (855) 370-3801 de lunes a domingo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Para garantizar que se notifique a su Proveedor Participante y que nuestras listas de elegibilidad sean correctas, los cambios de Proveedores Participantes deben solicitarse antes del día 21 del mes para que entre en vigencia dicho cambio el primer día del mes siguiente.

Poco después de la inscripción, recibirá un paquete de afiliación que le informará la fecha de entrada en vigencia de su Plan, así como la dirección y el número de teléfono de su Proveedor Participante. Después de la fecha de entrada en vigencia que aparece en su paquete de afiliación, usted podrá obtener servicios dentales conforme al Plan. Para hacer una cita, simplemente llame al centro de su Proveedor Participante e identifíquese como Miembro a través de INTER VALLEY HEALTH PLAN. Las preguntas con respecto a la disponibilidad de las citas y la accesibilidad de los Proveedores Participantes deben dirigirse al departamento de Servicio al Cliente al (855) 370-3801 (usuarios de TTY 711).

CADA MIEMBRO DEBE ACUDIR A SU PROVEEDOR PARTICIPANTE ASIGNADO PARA OBTENER LOS SERVICIOS CUBIERTOS, EXCEPTO LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA O LOS SERVICIOS PROPORCIONADOS POR UN ESPECIALISTA, QUE DEBEN SER AUTORIZADOS PREVIAMENTE POR ESCRITO POR DELTA DENTAL. NINGÚN OTRO TRATAMIENTO ESTÁ CUBIERTO BAJO ESTE PLAN.

Si el acuerdo de su Proveedor Participante asignado con Delta Dental finaliza, dicho Proveedor Participante completará (a) una dentadura postiza parcial o total para la cual se han tomado impresiones finales, y (b) todo el trabajo en cada diente en el que se ha iniciado el trabajo (como, la finalización de un tratamiento de conductos radiculares en curso y la entrega de coronas cuando se hayan preparado los dientes).

Continuidad del cuidado

Miembros Existentes:

En el caso de ciertas enfermedades dentales especificadas, usted podría tener derecho a tener la finalización de cuidado con un Proveedor Participante que ya no está contratado. Llame a Servicio al Cliente al (855) 370-3801 de lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días a la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si puede ser elegible para este beneficio. Puede solicitar una copia de nuestra Poliza sobre la continuidad de la atención. Debe realizar una solicitud específica para continuar recibiendo la atención de su Proveedor Participante que ya no está contratado. No tenemos la obligación de continuar su atención con ese Proveedor Participante si usted no es elegible para la cobertura de conformidad con este Plan o si no podemos llegar a un acuerdo con su Proveedor Participante que ya no está contratado respecto a los términos de su atención.

Nuevos Miembros:

Usted puede tener derecho a el beneficio calificado de completar su cuidado con un proveedor no participante para condiciones dentales especificadas. Llame al departamento de Servicio al Cliente al (855) 370-3801 de lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días a la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si puede ser elegible para este beneficio. Puede solicitar una copia de la Poliza de la Continuidad de Atención Delta Dental. Debe realizar una solicitud específica para que su Proveedor No Participante actual lo siga atendiendo. No tenemos la obligación de continuar su atención con el dentista si usted no es elegible bajo nuestro Plan o si no podemos llegar a un acuerdo con su dentista respecto a los términos de su atención.

Accesibilidad a los centros

Muchos centros dan información a Delta Dental acerca de las características especiales de sus consultorios, incluyen la información de accesibilidad para los pacientes con problemas de movilidad. Para obtener información sobre la accesibilidad al centro, comuníquese con el departamento de Servicio al Cliente de Delta Dental al (855) 370-3801 de lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días a la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Beneficios, limitaciones y exclusiones

Este Plan proporciona los Beneficios descritos en el Anexo A, *Descripción de Beneficios y Copagos*, sujeto a las limitaciones y exclusiones descritos en el Anexo B. Los servicios se realizan según lo considere apropiado su actual Proveedor participante. Un proveedor participante puede brindar servicios ya sea personalmente o mediante dentistas asociados, técnicos o higienistas que puedan realizar los servicios legalmente.

Copagos y otros cargos

Usted está obligado a pagar todos los Copagos enumerados en el Anexo A, *Descripción de Beneficios y Copagos* directamente al Proveedor Participante o Especialista que brinda el tratamiento. Los cargos por citas canceladas (a menos que avise al dentista con 24 horas de anticipación como mínimo o que una emergencia no le permita hacerlo) y los cargos por las consultas después del horario normal de atención se detallan en la sección *Descripción de Beneficios y Copagos*.

Servicios de Emergencia

Si necesita Servicios de Emergencia, comuníquese con su Proveedor Participante siempre que sea posible. Si es un nuevo Miembro que necesita Servicios de Emergencia, pero aún no tiene un Proveedor Participante asignado, comuníquese con el departamento de Servicio al Cliente de Delta Dental al (855) 370-3801, de lunes a domingo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días a la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda sobre cómo localizar a un Proveedor Participante. Los Beneficios de Servicios de Emergencia brindados por un Proveedor No Participante son limitados a la atención necesaria para estabilizar su enfermedad o brindar alivio paliativo cuando usted:

1. haya hecho un intento razonable de ponerse en contacto con el Proveedor Participante y el Proveedor Participante no esté disponible o no pueda atenderlo en un plazo de 24 horas a partir del momento en que usted se comunicó; o
2. haya hecho un intento razonable de ponerse en contacto con Delta Dental antes de recibir los servicios de emergencia, o sea razonable que usted acceda a los servicios de emergencia sin contacto previo con Delta Dental; o
3. Considere razonablemente que su condición hace que dentalmente/medicamente inapropiado para viajar al Proveedor Participante para recibir Servicios de Emergencia.

Los Beneficios de Servicios de Emergencia no brindados por el Proveedor Participante están limitados a un límite máximo de \$100.00 por emergencia menos el Copago aplicable. Si se supera el límite máximo o no se cumplen las condiciones que se mencionaron antes, usted será responsable de pagar cualquier cargo por los servicios de un dentista que no sea su Proveedor Participante.

Servicios especializados

Los Servicios Especializados deben recibirse por referencia del Proveedor Participante asignado, y Delta Dental debe autorizarlos previamente por escrito. Todos los Servicios Especializados autorizados previamente correrán por nuestra cuenta, menos los Copagos correspondientes.

Segundas opiniones

Puede solicitar una segunda opinión si usted no está de acuerdo o si cuestiona el diagnóstico o la determinación del plan de tratamiento elaborados por su Proveedor Participante. Delta Dental también puede solicitar que usted obtenga una segunda opinión para verificar la necesidad y la pertinencia del tratamiento dental o la aplicación de los Beneficios.

Las segundas opiniones serán proporcionadas por un dentista con licencia de manera oportuna y adecuada para la naturaleza de su enfermedad. Las solicitudes que involucren con casos de amenaza inminente y grave para su salud se resolverán de manera urgente (la autorización se aprueba o se rechaza en un plazo de 72 horas posteriores al recibir la solicitud, siempre que sea posible). Para obtener ayuda o información adicional con respecto a los procedimientos y plazos para las autorizaciones de segunda opinión, comuníquese con el departamento de Servicio al Cliente Delta Dental al (855) 370-3801, de lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días a la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o escribir a Delta Dental.

Las segundas opiniones se recibirán en otro centro de un Proveedor Participante, a menos que de otra manera lo autorice Delta Dental. Delta Dental autorizará una segunda opinión de un Proveedor No Participante si no hay disponible un Proveedor Participante debidamente calificado. Delta Dental

pagará solamente las segundas opiniones que Delta Dental haya aprobado o autorizado. En caso de que Delta Dental no autorice la segunda opinión, se le enviará una notificación por escrito. Si usted no está de acuerdo con esta determinación, puede presentar una Apelación ante INTER VALLEY HEALTH PLAN. Consulte la sección a continuación de este folleto titulada "Proceso de Quejas y Apelaciones" a continuación para obtener una explicación de cómo presentar una Apelación.

Reclamaciones de reembolsos

Las reclamaciones por Servicios de Emergencia o Servicios de especialistas preautorizados deben enviarse a Delta Dental dentro de los 90 días posteriores al final del tratamiento. Los reclamos válidos recibidos después del periodo de 90 días serán revisados si se puede demostrar que no fue razonablemente posible enviar el reclamo dentro de ese tiempo. La dirección para enviar reclamaciones es: Claims Department, P.O. Box 1810, Alpharetta, GA 30023.

Compensación para Proveedores

Un Proveedor Participante recibe una compensación de Delta Dental por medio de una capitación mensual (un monto basado en el número de Miembros asignados al Proveedor Participante) y de los Miembros por medio de Costos Compartidos requeridos para el tratamiento recibido. Delta Dental compensa a un Especialista a través de un monto acordado por cada procedimiento cubierto, menos el Copago aplicable que paga el Miembro. En ningún caso Delta Dental paga a un Proveedor participante o Especialista ningún incentivo como incentivo para denegar, reducir, limitar o retrasar cualquier tratamiento apropiado paguemos.

En caso de que no paguemos a un Proveedor Participante, usted no será responsable ante ese Proveedor Participante por las sumas que adeudemos. El contrato del Proveedor Participante con Delta Dental contiene una disposición que prohíbe al Proveedor Participante cobrar a un Miembro cualquier suma adeudada por Delta Dental. Excepto por las disposiciones de los Servicios de Emergencia, si no ha recibido Autorización previa para el tratamiento de un Proveedor No Participante o Especialista, y no le pagamos a ese dentista, usted puede ser responsable ante ese dentista por el costo de los servicios.

Puede obtener más información con respecto a la compensación llamando a Delta Dental al número de teléfono gratuito que aparece en este folleto.

Póliza de procesamiento

Las guías de cuidado dental del Plan explican a los Proveedores Participantes qué servicios están cubiertos por el Contrato dental. Los Proveedores Participantes utilizarán su juicio profesional para determinar qué servicios son apropiados para el Miembro. Los servicios realizados por el Proveedor Participante que se encuentren dentro del alcance de los Beneficios del Plan dental se brindarán sujetos a cualquier Copago. Si un Proveedor Participante cree que el Miembro debe recibir tratamiento de un Especialista, el Proveedor Participante se pondrá en contacto con Delta Dental para determinar si el tratamiento propuesto es un beneficio cubierto. Asimismo, Delta Dental determinará si un Especialista debe proporcionar el tratamiento propuesto. Un Miembro puede comunicarse con el departamento de Servicio al Cliente de Delta Dental al (855) 370-3801 de lunes a domingo de 8:00 p. m. a 8:00 p. m., los 7 días a la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información sobre las guías de cuidado dental para el Plan.

Coordinación de beneficios

Este Plan proporciona Beneficios independientemente de la cobertura de cualquier otra póliza de seguros grupal o cualquier otro Plan de beneficios de salud grupal si la otra póliza o Plan cubre servicios o gastos además del cuidado dental. De lo contrario, los Beneficios proporcionados bajo este Plan por Especialistas o Proveedores No Participantes se coordinan con dicha póliza de seguro dental grupal o cualquier Plan de beneficios dentales. La determinación de qué póliza o plan es el principal se regirá por las reglas establecidas en el contrato.

Si este plan es el plan secundario, pagará lo que sea menor de lo siguiente:

- el monto que habría pagado si no hubiera otra cobertura de beneficios dentales; o
- los gastos de bolsillo totales que el afiliado deba pagar según el plan de beneficios dentales primario.

Un Miembro debe proporcionar a Delta Dental Y Delta Dental puede liberar cualquier información acerca del Miembro que sea necesaria para administrar la coordinación de los beneficios. Delta Dental, a su entera discreción, determinará, si se justifica algún reembolso a una compañía de seguros u otra organización en virtud de estas disposiciones de coordinación de beneficios, y dicho reembolso pagado se considerará un Beneficio en virtud de este Plan. Delta Dental tendrá derecho a recuperar de un dentista, un Miembro, una compañía de seguros u otra organización, de acuerdo con la decisión de Delta Dental, el monto de cualquier Beneficio pagado por Delta Dental y que exceda sus obligaciones en virtud de estas disposiciones de coordinación de beneficios.

Proceso de Reclamaciones y Apelaciones

Nuestro compromiso con usted es garantizar no solamente la calidad de la atención, sino también la calidad del proceso de tratamiento. Esta calidad del tratamiento se extiende desde los servicios profesionales proporcionados por los Proveedores Participantes hasta la cortesía con la que lo atienden nuestros representantes por teléfono. Si tiene alguna pregunta o queja con respecto a la elegibilidad, la negación de servicios dentales o reclamaciones, Poliza, los procedimientos o las operaciones de Delta Dental, o la calidad de los servicios dentales brindados por un Proveedor Participante, tiene derecho a presentar una queja o una apelación ante INTER VALLEY HEALTH PLAN.

Renovación y terminación de los Beneficios

Este Plan se renueva en el aniversario del plazo del contrato, a menos que informemos sobre un cambio en las primas o en los Beneficios que no acepte IVHP dicha a partir de según. Todos los Beneficios terminan para cualquier Miembro la fecha en la que finalice este Plan, dicha persona deje de ser elegible según los términos de este Plan o la inscripción de dicha persona al plan se cancele los términos de este Plan. No tenemos la obligación de continuar brindando Beneficios a ninguna persona en dicho caso, excepto para finalizar los Procedimientos Únicos que se hayan iniciado mientras este Plan estaba vigente.

Cancelación de la inscripción

Para ser elegible para los Beneficios de acuerdo con este Plan, usted debe estar inscrito en alguno de los diversos planes de salud Medicare Advantage o productos que ofrece INTER VALLEY HEALTH PLAN. Si usted pierde su elegibilidad o cancela su inscripción con INTER VALLEY HEALTH PLAN, no es elegible

para recibir Beneficios de acuerdo con este Plan. Consulte el Folleto de Evidencia de Cobertura de INTER VALLEY HEALTH PLAN para conocer los términos y las condiciones de inscripción.

Nuestro plan ofrece algunos beneficios adicionales que no están cubiertos por Medicare Original y no están incluidos en su paquete de beneficios como miembro del plan. Estos beneficios adicionales se denominan "**Beneficios Suplementarios Opcionales.**" Si desea estos beneficios suplementarios opcionales, debe inscribirse en ellos y es posible que tenga que pagar una prima adicional por ellos. Los beneficios suplementarios opcionales descritos en esta sección están sujetos al mismo proceso de apelaciones que cualquier otro beneficio.

Puede optar por inscribirse en el Plan Dental Mejorado Opcional por \$14.80 por mes. El período de inscripción para el plan dental opcional mejorado finaliza el 31 de marzo de 2022 para los miembros actuales. Para los miembros nuevos, tiene la opción de inscribirse hasta 60 días después de la fecha de vigencia. Una vez que se haya inscrito y recibamos su solicitud, los beneficios opcionales del plan dental mejorado entrarán en vigencia el primer día del siguiente mes si su inscripción se recibe antes del día 15 del mes. Para inscribirse, llame a servicios al cliente de IVHP MCT al 1800-251-8191 (TTY 7y11) y solicite un "Formulario de inscripción dental". Regrese el formulario completado a IVHP.

Puede pagar su prima mensual o anualmente. El período de gracia para sus beneficios suplementarios opcionales es de 60 días. Por lo tanto, si no paga sus primas, sus beneficios suplementarios opcionales terminarán después de 60 días.

Si usted es dado de baja debido a la falta de pago de las primas, no podrá volver a inscribirse en un paquete de beneficios suplementarios opcional hasta el próximo año.

Si decide que ya no desea estar inscrito en un paquete de beneficios suplementarios opcional, envíenos una declaración de su solicitud. Asegúrese de aclarar que no desea darse de baja del plan Medicare Advantage, solo la porción opcional de beneficios suplementarios. Su estado de cuenta debe incluir su nombre, número de identificación de miembro y firma. Cualquier sobrepago de prima se le reembolsará. Todas las solicitudes de cancelación recibidas antes del día 15 del mes entrarán en vigor el primer día del mes siguiente. Una vez que se haya dado de baja de estos beneficios, no podrá volver a inscribirse hasta el próximo año.

BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS OPCIONALES	LO QUE DEBE PAGAR CUANDO RECIBA ESTOS SERVICIOS
Plan dental mejorado opcional	
Prima:	Prima mensual de \$14.80
Servicios Dentales:	Consulte la siguiente tabla para obtener una lista de los procedimientos dentales y copagos de rutina cubiertos.

Plan dental mejorado opcional

Beneficios adicionales que no están cubiertos por Medicare Original y no incluidos en su paquete de beneficios como miembro del plan.

Si desea estos beneficios suplementarios opcionales, debe inscribirse en ellos y tendrá que pagar una prima adicional por ellos.

Anexo A

Descripción de Beneficios y Copagos

Plan dental básico

DHMO obligatorio – CAC05

y plan dental mejorado opcional

Compra DHMO – CAC06

Los Beneficios que se muestran a continuación se brindan según el Dentista Contratado que lo atienda los considere apropiados, y están sujetos a las limitaciones y exclusiones del Programa. Consulte el Anexo B para obtener una explicación más detallada de los beneficios. Los Afiliados deberán hablar sobre todas las opciones de tratamiento con su Dentista contratado antes de recibir los servicios.

El texto que aparece en cursivas a continuación tiene la intención específica de aclarar la entrega bajo el de Beneficios Programa DeltaCare USA y no se debe interpretar como Terminología Dental Actual. Current Dental Terminology (“CDT” por sus siglas en inglés ni códigos del procedimiento del Nomenclador Dental Actual (CDT) de 2022, los cuales están protegidos por los derechos de propiedad intelectual de la Sociedad Dental Estadounidense (“ADA”). La ADA puede cambiar las definiciones o los códigos del CDT periódicamente. Tales nomenclaturas, descripciones y códigos actualizados pueden utilizarse para describir estos procedimientos cubiertos de conformidad con las leyes federales.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	Copago básico	Copago mejorado opcional
D0100-D0999 I. DIAGNÓSTICO			
D0120	Evaluación periódica de la boca: paciente establecido	\$0	\$0
D0140	Evaluación limitada de la boca: enfocada en el problema	\$0	\$0
D0145	Evaluación de la boca para un paciente menor de tres años de edad y orientación con el cuidador primario	\$0	\$0
D0150	Evaluación completa de la boca - paciente nuevo o establecido	\$0	\$0
D0160	Evaluación completa y detallada de la boca: enfocada en el problema, por informe	\$0	\$0
D0170	Reevaluación: limitada, enfocada en el problema (paciente establecido; no para consulta posoperatoria)	\$0	\$0
D0171	Reevaluación: visita al consultorio posoperatoria	\$0	\$0
D0180	Evaluación periodontal completa: paciente nuevo o establecido	\$0	\$0
D0210	Intrabucal - serie completa de radiografías	\$0	\$0
D0220	Intrabucal: primera radiografía periapical	\$0	\$0
D0230	Intrabucal: cada radiografía periapical adicional	\$0	\$0
D0240	Intrabucal: radiografía oclusal	\$0	\$0
D0250	Extrabucal - radiografía de proyección en 2D creada utilizando una fuente de radiación estacionaria y un detector	\$0	\$0
D0270	Radiografía de mordida: una sola radiografía	\$0	\$0
D0272	Radiografías de mordida: dos radiografías	\$0	\$0
D0273	Radiografías de mordida - tres radiografías	\$0	\$0
D0274	Radiografías de mordida: cuatro radiografías	\$0	\$0
D0277	Radiografías de mordida verticales: de 7 a 8 radiografías	\$0	\$0
D0330	Radiografía panorámica	\$0	\$0
D0340	Radiografía cefalométrica en 2D: adquisición, medida y análisis	\$0	\$0
D0350	Imagen fotográfica en 2D bucal o facial tomada de manera intrabucal o extrabucal	\$0	\$5
D0391	Interpretación de una imagen de diagnóstico por parte de un profesional que no haya realizado la captura de la imagen, incluido el informe	\$5	\$5
D0415	Recolección de microorganismos para cultivo y sensibilidad	\$10	\$10
D0425	Pruebas de predisposición a las caries	\$7	\$5

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	Copago básico	Copago mejorado opcional
D0431	Prueba complementaria de diagnóstico previo que ayuda a detectar anomalías mucosas, que incluyen lesiones premalignas y malignas, pero no incluyen procedimientos de citología o biopsia	\$7	\$5
D0460	Pruebas de vitalidad de la pulpa	\$0	\$0
D0470	Moldes para diagnóstico	\$5	\$5
D0601	Evaluación de riesgo de caries y documentación, con un resultado de riesgo bajo	\$10	\$8
D0602	Evaluación de riesgo de caries y documentación, con un resultado de riesgo moderado	\$10	\$8
D0603	Evaluación de riesgo de caries y documentación, con un resultado de riesgo alto	\$10	\$8
D0999	Procedimiento de diagnóstico no especificado, por informe	\$4	\$4
D1000-D1999 II. PREVENCIÓN			
D1110	Profilaxis: adulto	\$5	\$0
D1120	Profilaxis: niño	\$5	\$0
D1206	Aplicación tópica de barniz de flúor	\$12	\$5
D1208	Aplicación tópica de flúor: no incluye el barniz	\$5	\$0
D1310	Orientación nutricional para el control de las enfermedades dentales	\$0	\$0
D1320	Orientación sobre el consumo de tabaco para el control y la prevención de enfermedades bucales	\$0	\$0
D1330	Instrucciones de higiene bucal	\$0	\$0
D1351	Sellador: por diente	\$36	\$0
D1352	Restauración preventiva de resina en un paciente con riesgo de caries de moderado a alto - dientes permanentes	\$52	\$15
D1353	Arreglo de sellador: por diente	\$5	\$0
D1354	Aplicación de medicamento para detener caries: por diente	\$15	\$15
D1510	Separador - fijo - unilateral - por cuadrante	\$40	\$20
D1516	Separador - fijo - bilateral, maxilar	Sin cobertura	\$30
D1517	Separador - fijo - bilateral, mandibular	Sin cobertura	\$30
D1520	Separador - extraíble - unilateral - por cuadrante	\$30	\$15
D1526	Separador - extraíble - bilateral, maxilar	Sin cobertura	\$20
D1527	Separador - extraíble - bilateral, mandibular	Sin cobertura	\$20
D1551	Recementación o readhesión del separador bilateral - maxilar	Sin cobertura	\$0
D1552	Recementación o readhesión del separador bilateral - mandibular	Sin cobertura	\$0

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	Copago básico	Copago mejorado opcional
D1553	Recementación o readhesión del separador unilateral - por cuadrante	Sin cobertura	\$0
D1556	Extracción del separador fijo unilateral - por cuadrante	Sin cobertura	\$0
D1557	Extracción del separador fijo bilateral - maxilar	Sin cobertura	\$0
D1558	Extracción del separador fijo bilateral - mandibular	Sin cobertura	\$0
D1575	Separador de calzado distal - fijo, unilateral - por cuadrante	\$40	\$20
D2000-D2999 III. RESTAURACIÓN			
<i>- Incluye el pulido, todos los adhesivos y agentes aglutinantes, el recubrimiento indirecto de la pulpa, las bases, los cubrimientos cavitarios y los procedimientos de grabado ácido.</i>			
<i>- Cuando en el mismo plan de tratamiento se contemplan más de seis coronas, es posible que el Afiliado deba pagar \$100.00 adicionales por corona a partir de la sexta.</i>			
<i>- El reemplazo de coronas, incrustaciones inlay y restauraciones onlay requiere que la restauración existente tenga más de 5 años.</i>			
D2140	Amalgama: una superficie, dientes primarios o permanentes	\$60	\$3
D2150	Amalgama: dos superficies, dientes primarios o permanentes	\$74	\$4
D2160	Amalgama: tres superficies, dientes primarios o permanentes	\$87	\$6
D2161	Amalgama: cuatro o más superficies, dientes primarios o permanentes	\$101	\$7
D2330	Empaste compuesto de resina - una superficie, dientes anteriores	\$76	\$5
D2331	Empaste compuesto de resina: dos superficies, dientes anteriores	\$89	\$8
D2332	Empaste compuesto de resina: tres superficies, dientes anteriores	\$103	\$11
D2335	Empaste compuesto de resina: cuatro o más superficies o con ángulo incisal (dientes anteriores)	\$125	\$14
D2390	Corona de empaste compuesto de resina, dientes anteriores	\$179	\$45
D2391	Empaste compuesto de resina: una superficie, dientes posteriores	\$102	\$50
D2392	Empaste compuesto de resina: dos superficies, dientes posteriores	\$126	\$65
D2393	Empaste compuesto de resina - tres superficies, dientes posteriores	\$150	\$85

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	Copago básico	Copago mejorado opcional
D2394	Empaste compuesto de resina: cuatro o más superficies, dientes posteriores	\$172	\$105
D2510	Incrustación inlay: metálica, una superficie	\$353	\$160
D2520	Incrustación inlay: metálica, dos superficies	\$414	\$160
D2530	Incrustación inlay: metálica, tres o más superficies	\$468	\$160
D2542	Restauración onlay: metálica, dos superficies	\$532	\$160
D2543	Restauración onlay: metálica, tres superficies	\$545	\$160
D2544	Restauración onlay: metálica, cuatro o más superficies	\$549	\$160
D2610	Incrustación inlay - porcelana/cerámica - una superficie	\$408	\$310
D2620	Incrustación inlay - porcelana/cerámica - dos superficies	\$399	\$330
D2630	Incrustación inlay: porcelana/cerámica, tres o más superficies	\$417	\$330
D2642	Restauración onlay: porcelana/cerámica, dos superficies	\$541	\$330
D2643	Restauración onlay: porcelana/cerámica, tres superficies	\$584	\$330
D2644	Restauración onlay: porcelana/cerámica, cuatro o más superficies	\$620	\$330
D2650	Incrustación inlay: empaste compuesto de resina, una superficie	\$334	\$230
D2651	Incrustación inlay: empaste compuesto de resina, dos superficies	\$436	\$250
D2652	Incrustación inlay: empaste compuesto de resina, tres o más superficies	\$474	\$250
D2662	Restauración onlay - empaste compuesto de resina - dos superficies	\$280	\$250
D2663	Restauración onlay - empaste compuesto de resina - tres superficies	\$384	\$250
D2664	Restauración onlay - empaste compuesto de resina - cuatro o más superficies	\$426	\$250
D2710	Corona: empaste compuesto de resina (indirecta)	\$304	\$90
D2712	Corona: 3/4 de empaste compuesto de resina (indirecta)	\$520	\$90
D2720	Corona: resina con alto contenido de metal noble	\$503	\$260
D2721	Corona: resina con metal base principalmente	\$700	\$110
D2722	Corona - resina con metal noble	\$552	\$235
D2740	Corona: porcelana/cerámica	\$500	\$330
D2750	Corona: porcelana fundida con alto contenido de metal noble	\$454	\$330
D2751	Corona: porcelana fundida con metal base principalmente	\$414	\$180
D2752	Corona: porcelana fundida con metal noble	\$525	\$305

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	Copago básico	Copago mejorado opcional
D2753	Corona: porcelana fundida con titanio y aleación de titanio	Sin cobertura	\$305
D2780	Corona: 3/4 de molde con alto contenido de metal noble	\$596	\$310
D2781	Corona: 3/4 de molde de metal base predominantemente	\$523	\$160
D2782	Corona: 3/4 de molde de metal noble	\$520	\$285
D2783	Corona: 3/4 de porcelana/cerámica	\$664	\$210
D2790	Corona: molde completo con alto contenido de metal noble	\$584	\$310
D2791	Corona: molde completo de metal base principalmente	\$494	\$160
D2792	Corona: molde completo de metal noble	\$556	\$285
D2794	Corona: titanio y aleación de titanio	\$612	\$310
D2799	Corona provisional - se requiere tratamiento adicional o completar el diagnóstico necesario antes de la impresión final	\$200	\$200
D2910	Recementación o readhesión de incrustación inlay, restauración onlay, revestimiento o restauración de cobertura parcial	\$63	\$10
D2915	Recementación o readhesión del perno-muñón prefabricado o fabricado indirectamente	\$62	\$10
D2920	Recementación o readhesión de corona	\$61	\$10
D2921	Reinserción de un fragmento de diente, borde incisal o cúspide	\$113	\$14
D2929	Corona prefabricada de porcelana/cerámica: dientes primarios	\$204	\$40
D2930	Corona prefabricada de acero inoxidable: dientes primarios	\$153	\$40
D2931	Corona prefabricada de acero inoxidable: dientes permanentes	\$167	\$40
D2932	Corona prefabricada de resina	\$177	\$40
D2933	Corona prefabricada de acero inoxidable con ventana de resina	\$229	\$60
D2934	Corona prefabricada estética con cubierta de acero inoxidable - dientes primarios	\$270	\$50
D2940	Restauración de protección	\$63	\$0
D2941	Restauración terapéutica provisional: dentición primaria	\$74	\$0
D2949	Base de restauración para una restauración indirecta	\$72	\$0
D2950	Reconstrucción de muñón, incluidas las espigas cuando sea necesario	\$108	\$25
D2951	Retención de la espiga: por diente, además de la restauración	\$47	\$20

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	Copago básico	Copago mejorado opcional
D2952	Perno-muñón, además de una corona, fabricados indirectamente	\$149	\$60
D2953	Cada perno adicional fabricado indirectamente: en el mismo diente	\$106	\$0
D2954	Perno-muñón prefabricado, además de una corona	\$130	\$55
D2955	Extracción de perno	\$121	\$55
D2957	Cada perno adicional prefabricado: en el mismo diente	\$97	\$0
D2960	Revestimiento labial (lámina de resina): en el consultorio	\$303	\$220
D2961	Revestimiento labial (lámina de resina): en el laboratorio	\$532	\$260
D2962	Revestimiento labial (lámina de porcelana): en el laboratorio	\$673	\$320
D2971	Procedimientos adicionales para personalizar una corona para que encaje bajo un marco de dentadura postiza parcial existente	\$86	\$25
D2975	Cofias	\$238	\$160
D2990	Infiltración de resina de lesiones incipientes en la superficie lisa	\$75	\$0
D3000-D3999 IV. ENDODONCIA			
D3110	Recubrimiento de la pulpa - directo (no incluye la restauración final)	\$43	\$10
D3120	Recubrimiento de la pulpa: indirecto (no incluye la restauración final)	\$48	\$4
D3220	Pulpotomía terapéutica (no incluye la restauración final) - eliminación de la pulpa coronal en la unión dentinocementaria y aplicación de medicamentos	\$110	\$15
D3221	Desbridamiento del tejido pulpar, dientes primarios y permanentes	\$113	\$15
D3222	Pulpotomía parcial de génesis del ápice: diente permanente con desarrollo radicular incompleto	\$154	\$15
D3230	Terapia pulpar (empastes reabsorbibles) - dientes primarios anteriores (no incluye la restauración final)	\$117	\$45
D3240	Terapia pulpar (empastes reabsorbibles): dientes primarios posteriores (no incluye la restauración final)	\$136	\$55
D3310	Tratamiento de conducto radicular - endodoncia, dientes anteriores (no incluye la restauración final)	\$343	\$60
D3320	Tratamiento de conducto radicular - endodoncia, dientes premolares (no incluye la restauración final)	\$389	\$90
D3330	Tratamiento de conducto radicular - endodoncia, muelas (no incluye la restauración final)	\$493	\$160

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	Copago básico	Copago mejorado opcional
D3331	Tratamiento de obstrucción del conducto radicular; sin acceso quirúrgico	\$170	\$35
D3332	Endodoncia incompleta; diente inoperable, no restaurable o fracturado	\$178	\$50
D3333	Arreglo de defectos de perforación en la raíz interna	\$193	\$35
D3346	Tratamiento posterior de conductos radiculares previos: dientes anteriores	\$439	\$110
D3347	Tratamiento posterior de conductos radiculares previos: premolares	\$487	\$190
D3348	Tratamiento posterior de conductos radiculares previos: muelas	\$584	\$300
D3351	Formación del ápice/recalcificación: consulta inicial (cierre apical/arreglo de perforaciones con calcio, reabsorción radicular, etc.)	\$181	\$15
D3352	Formación del ápice/recalcificación - reemplazo provisional del medicamento (cierre apical/arreglo de perforaciones con calcio, reabsorción radicular, desinfección del espacio de la pulpa, etc.)	\$147	\$15
D3353	Formación del ápice/recalcificación - consulta final (incluye tratamiento de conducto radicular completo - cierre apical/arreglo de perforaciones con calcio, reabsorción radicular, etc.)	\$352	\$15
D3355	Regeneración de la pulpa - consulta inicial	\$231	\$231
D3356	Regeneración de la pulpa - reemplazo provisional del medicamento	\$231	\$15
D3357	Regeneración de la pulpa - finalización del tratamiento	\$224	\$15
D3410	Apicectomía: dientes anteriores	\$405	\$60
D3421	Apicectomía: premolares (primera raíz)	\$443	\$60
D3425	Apicectomía: muelas (primera raíz)	\$495	\$85
D3426	Apicectomía (cada raíz adicional)	\$136	\$50
D3427	Cirugía perirradicular sin apicectomía	\$260	\$60
D3430	Empaste retrógrado: por raíz	\$143	\$40
D3450	Amputación de la raíz: por raíz	\$327	\$100
D3920	Hemisección (incluida cualquier extracción de raíz); no incluye tratamiento de conducto radicular	\$225	\$115
D3921	Descoronación o sumersión de un diente erupcionado	\$96	\$5
D3950	Preparación del conducto y ajuste del perno o soporte preformado	\$103	\$55

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	Copago básico	Copago mejorado opcional
D4000-D4999 V. PERIODONTOLOGÍA			
<i>- Incluye evaluaciones preoperatorias y posoperatorias y tratamiento con anestesia local.</i>			
D4210	Gingivectomía o gingivoplastia: cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante	\$234	\$110
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia: de uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante	\$146	\$40
D4212	Gingivectomía o gingivoplastia para hacer espacio para el procedimiento de restauración, por diente	\$140	\$40
D4230	Exposición de la corona anatómica - cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante	\$1,178	\$200
D4231	Exposición de la corona anatómica - de uno a tres dientes o espacios delimitados entre dientes por cuadrante	\$300	\$150
D4240	Procedimiento de colgajo gingival; incluye el alisado radicular - cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante	\$357	\$250
D4241	Procedimiento de colgajo gingival; incluye el alisado radicular - de uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante	\$338	\$200
D4245	Colgajo en posición apical	\$283	\$200
D4249	Alargamiento clínico de corona: tejido duro	\$330	\$250
D4260	Cirugía ósea (incluida la elevación de un colgajo con espesor completo y el cierre) - cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante	\$618	\$380
D4261	Cirugía ósea (incluida la elevación de un colgajo con espesor completo y el cierre) - de uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante	\$461	\$310
D4263	Injerto de reemplazo óseo - diente natural retenido - primer sitio en el cuadrante	\$299	\$215
D4264	Injerto de reemplazo óseo: diente natural retenido, cada sitio adicional en el cuadrante	\$244	\$120
D4266	Regeneración tisular guiada: barrera reabsorbible, por sitio	\$318	\$230
D4267	Regeneración tisular guiada - barrera no reabsorbible, por sitio (incluye extracción de la membrana)	\$292	\$225
D4268	Procedimiento de revisión quirúrgica, por diente	\$450	\$450
D4270	Procedimiento de injerto de pedículo de tejido blando	\$489	\$445

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	Copago básico	Copago mejorado opcional
D4274	Procedimiento de cuña mesial/distal, diente único (cuando este no se lleve a cabo junto con procedimientos quirúrgicos en la misma área anatómica)	\$450	\$300
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	\$588	\$445
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	\$416	\$100
D4322	Férula: intracoronal; dientes naturales o coronas protésicas	\$240	\$200
D4323	Férula: intracoronal; dientes naturales o coronas protésicas	\$240	\$200
D4341	Limpieza de sarro periodontal y alisado radicular: cuatro o más dientes por cuadrante	\$105	\$40
D4342	Limpieza de sarro periodontal y alisado radicular: de uno a tres dientes por cuadrante	\$78	\$25
D4346	Limpieza de sarro en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave: de toda la boca, después de la evaluación de la boca	\$88	\$40
D4355	Desbridamiento bucal completo para permitir una evaluación y un diagnóstico bucal completos en una consulta posterior	\$78	\$40
D4381	Administración local de agentes antimicrobianos por medio de un vehículo de descarga controlada en el tejido crevicular enfermo, por diente	\$50	\$50
D4910	Mantenimiento periodontal	\$66	\$40
D4920	Cambio de apósito no programado (por alguien distinto al dentista consultado o su personal)	\$64	\$64
D4921	Irrigación gingival: por cuadrante	\$35	\$35
D5000-D5899 VI. PROSTODONCIA (extraíble)			
- Para todas las dentaduras postizas completas y parciales mencionadas, el copago incluye los ajustes posteriores a la colocación y el acondicionamiento de tejidos, de ser necesarios, durante los primeros seis meses posteriores a la colocación. El Afiliado debe seguir siendo elegible y el servicio debe proporcionarse en el centro del Dentista Contratado donde se haya colocado la dentadura postiza originalmente.			
-El rebasado, el recubrimiento y el acondicionamiento de tejidos se limitan a 1 por dentadura postiza por periodo de 12 meses consecutivos.			
- El reemplazo de una dentadura postiza parcial o completa requiere que esta tenga 5 años o más de antigüedad.			
D5110	Dentadura postiza completa: maxilar	\$690	\$220

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	Copago básico	Copago mejorado opcional
D5120	Dentadura postiza completa: mandibular	\$684	\$220
D5130	Dentadura postiza inmediata: maxilar	\$713	\$230
D5140	Dentadura postiza inmediata: mandibular	\$715	\$230
D5211	Dentadura postiza parcial maxilar - base de resina (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes)	\$622	\$150
D5212	Dentadura postiza parcial mandibular - base de resina (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes)	\$662	\$150
D5213	Dentadura postiza parcial maxilar: molde de metal con bases de resina (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes)	\$721	\$240
D5214	Dentadura postiza parcial mandibular - molde de metal con bases de resina (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes)	\$713	\$240
D5221	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata - base de resina (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes)	\$639	\$280
D5222	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata - base de resina (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes)	\$691	\$280
D5223	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata: molde de metal con bases de resina para dentadura postiza (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes)	\$834	\$280
D5224	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata - molde de metal con bases de resina para dentadura postiza (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes)	\$899	\$280
D5225	Dentadura postiza parcial maxilar - base flexible (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes)	\$562	\$440
D5226	Dentadura postiza parcial mandibular - base flexible (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes)	\$662	\$440
D5227	Dentadura postiza inmediata parcial maxilar, base de resina (incluidos dientes, soportes y ganchos convencionales)	\$639	\$280
D5228	Dentadura postiza inmediata parcial mandibular, base de resina (incluidos dientes, soportes y ganchos convencionales)	\$639	\$280

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	Copago básico	Copago mejorado opcional
D5282	Dentadura postiza parcial extraíble unilateral - molde de metal de una pieza (incluidos materiales de retención/ganchos, soportes y dientes), maxilar	Sin cobertura	\$120
D5283	Dentadura postiza parcial extraíble unilateral - molde de metal de una pieza (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes), mandibular	Sin cobertura	\$120
D5284	Dentadura postiza parcial extraíble unilateral; base flexible de una pieza, (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes) por cuadrante	Sin cobertura	\$440
D5286	Dentadura postiza parcial extraíble unilateral; resina de una pieza, (incluidos materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) por cuadrante	Sin cobertura	\$440
D5410	Ajuste de dentadura postiza completa: maxilar	\$42	\$0
D5411	Ajuste de dentadura postiza completa: mandibular	\$42	\$0
D5421	Ajuste de dentadura postiza parcial: maxilar	\$44	\$0
D5422	Ajuste de dentadura postiza parcial: mandibular	\$44	\$0
D5511	Arreglo de base rota de una dentadura postiza completa, mandibular	Sin cobertura	\$30
D5512	Arreglo de base rota de una dentadura postiza completa, maxilar	Sin cobertura	\$30
D5520	Reemplazo de dientes faltantes o rotos - dentadura postiza completa (cada diente)	\$74	\$20
D5611	Arreglo de la base de resina de una dentadura postiza parcial, mandibular	Sin cobertura	\$30
D5612	Arreglo de la base de resina de una dentadura postiza parcial, maxilar	Sin cobertura	\$30
D5621	Arreglo del molde de yeso parcial, mandibular	Sin cobertura	\$50
D5622	Arreglo del molde de yeso parcial, maxilar	Sin cobertura	\$50
D5630	Arreglo o reemplazo de materiales de retención/ganchos – por diente	\$125	\$40
D5640	Reemplazo de dientes rotos: por diente	\$79	\$20
D5650	Adición de un diente a una dentadura postiza parcial existente	\$111	\$20
D5660	Adición de un gancho a una dentadura postiza parcial existente: por diente	\$126	\$30
D5670	Reemplazo de todos los dientes y acrílicos en molde de metal (maxilar)	\$421	\$190
D5671	Reemplazo de todos los dientes y acrílicos en molde de metal (mandibular)	\$396	\$190

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	Copago básico	Copago mejorado opcional
D5710	Rebasado de dentadura postiza completa maxilar	\$288	\$110
D5711	Rebasado de dentadura postiza completa mandibular	\$357	\$110
D5720	Rebasado de dentadura postiza parcial maxilar	\$279	\$110
D5721	Rebasado de dentadura postiza parcial mandibular	\$264	\$110
D5725	Rebasado de prótesis híbrida	\$279	\$110
D5730	Recubrimiento de dentadura postiza completa maxilar (en el consultorio)	\$146	\$55
D5731	Recubrimiento de dentadura postiza completa mandibular (en el consultorio)	\$141	\$55
D5740	Recubrimiento de dentadura postiza parcial maxilar (en el consultorio)	\$135	\$55
D5741	Recubrimiento de dentadura postiza parcial mandibular (en el consultorio)	\$130	\$55
D5750	Recubrimiento de dentadura postiza completa maxilar (en el laboratorio)	\$239	\$80
D5751	Recubrimiento de dentadura postiza completa mandibular (en el laboratorio)	\$241	\$80
D5760	Recubrimiento de dentadura postiza parcial maxilar (en el laboratorio)	\$226	\$80
D5761	Recubrimiento de dentadura postiza parcial mandibular (en el laboratorio)	\$229	\$80
D5765	Cubrimiento cavitario blando para dentadura postiza completa o parcial extraíble – indirecto	\$226	\$80
D5810	Dentadura postiza completa provisional (maxilar)	\$500	\$90
D5811	Dentadura postiza completa provisional (mandibular)	\$454	\$90
D5820	Dentadura postiza parcial provisional (incluidos materiales de retención/ganchos, soportes y dientes), maxilar	\$248	\$90
D5821	Dentadura postiza parcial provisional (incluidos materiales de retención/ganchos, soportes y dientes), mandibular	\$252	\$90
D5850	Acondicionamiento de tejido, maxilar	\$93	\$25
D5851	Acondicionamiento de tejido, mandibular	\$94	\$25
D5863	Sobredentadura: completa, maxilar	\$1,294	\$230
D5864	Sobredentadura: parcial, maxilar	\$1,294	\$230
D5865	Sobredentadura: completa, mandibular	\$909	\$230
D5866	Sobredentadura: parcial, mandibular	\$1,113	\$230
D5900-D5999 VII. PRÓTESIS MAXILOFACIALES - sin cobertura			

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	Copago básico	Copago mejorado opcional
D6000-D6199 VIII. SERVICIOS DE IMPLANTE			
<i>- Los siguientes se limitan a no más de dos (2) de cada uno por año calendario: Implantes, prótesis sostenidas por implantes y dientes de soporte de implante.</i>			
<i>- El reemplazo de coronas sostenidas con implantes o dientes de soporte requiere que la restauración existente tenga más de 5 años.</i>			
<i>* Las coronas o pónicos 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 las Limitaciones y Exclusiones de los Beneficios para obtener información adicional.</i>			
D6010	Colocación quirúrgica de cuerpo implantado: implante endóstico	\$1,500	\$1,500
D6011	Acceso quirúrgico a un cuerpo de implante (segunda etapa de cirugía de implante)	\$208	\$200
D6051	Colocación provisional de dientes de soporte del implante	\$200	\$200
D6052	Dientes de soporte con acoplamiento de semiprecisión	\$444	\$200
D6056	Diente de soporte prefabricado: incluye la modificación y colocación	\$450	\$450
D6057	Diente de soporte fabricado a la medida: incluye la colocación	\$450	\$450
D6058	Corona de cerámica/porcelana sostenida con dientes de soporte	\$1,000	\$1,000
D6059	Corona de porcelana fundida con metal (alto contenido de metal noble) sostenida con dientes de soporte	\$1,150	\$1,150
D6060	Corona de porcelana fundida con metal (metal base principalmente) sostenida con dientes de soporte	\$1,000	\$1,000
D6061	Corona de porcelana fundida con metal (metal noble) sostenida con dientes de soporte	\$1,125	\$1,125
D6062	Corona de molde de metal (alto contenido de metal noble) sostenida con dientes de soporte	\$1,150	\$1,150
D6063	Corona de molde de metal (metal base principalmente) sostenida con dientes de soporte	\$1,000	\$1,000
D6064	Corona de molde de metal (metal noble) sostenida con dientes de soporte	\$1,125	\$1,125
D6065	Corona de cerámica/porcelana sostenida con implante	\$1,000	\$1,000
D6066	Corona de porcelana fundida con alto contenido de metal noble sostenida con implante	\$1,150	\$1,150
D6067	Corona con alto contenido de metal noble sostenida con implante	\$1,150	\$1,150

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	Copago básico	Copago mejorado opcional
D6068	Retenedor sostenido con dientes de soporte para dentaduras postizas parciales fijas (FPD, por sus siglas en inglés) de porcelana/cerámica	\$1,000	\$1,000
D6069	Retenedor sostenido con dientes de soporte para FPD de porcelana fundida con metal (alto contenido de metal noble)	\$1,150	\$1,150
D6070	Retenedor sostenido con dientes de soporte para FPD de porcelana fundida con metal (metal base principalmente)	\$1,000	\$1,000
D6071	Retenedor sostenido con dientes de soporte para FPD de porcelana fundida con metal (metal noble)	\$1,125	\$1,125
D6072	Retenedor sostenido con dientes de soporte para FPD de molde de metal (alto contenido de metal noble)	\$1,150	\$1,150
D6073	Retenedor sostenido con dientes de soporte para FPD de molde de metal (metal base principalmente)	\$1,000	\$1,000
D6074	Retenedor sostenido con dientes de soporte para FPD de molde de metal (metal noble)	\$1,125	\$1,125
D6075	Retenedor sostenido con implante para FPD de cerámica	\$1,000	\$1,000
D6076	Retenedor sostenido con implante para FPD de porcelana fundida con alto contenido de metal noble	\$1,150	\$1,150
D6077	Retenedor sostenido con implante para FPD de alto contenido de metal noble	\$1,150	\$1,150
D6081	Limpieza de sarro y desbridamiento en presencia de inflamación o mucositis de un solo implante; incluye la limpieza de las superficies del implante, sin entrada y cierre del colgajo	\$97	\$40
D6082	Corona de porcelana fundida con metal base principalmente sostenida con implante	Sin cobertura	\$1,000
D6083	Corona de porcelana fundida con metal noble sostenida con implante	Sin cobertura	\$1,150
D6084	Corona de porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio sostenida con implante	Sin cobertura	\$1,150
D6085	Corona del implante provisional	\$256	\$200
D6086	Corona fundida con metal base principalmente sostenida con implante	Sin cobertura	\$1,150
D6087	Corona con contenido de metal noble sostenida con implante	Sin cobertura	\$1,150
D6088	Corona de titanio y aleaciones de titanio sostenida con implante	Sin cobertura	\$1,150
D6092	Recementación o refijación de corona sostenida con implante o con dientes de soporte	\$77	\$30

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	Copago básico	Copago mejorado opcional
D6093	Recementación o refijación de dentadura postiza parcial fija sostenida con implante o con dientes de soporte	\$95	\$40
D6094	Corona de titanio y aleaciones de titanio sostenida con dientes de soporte	\$841	\$650
D6097	Corona de porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio sostenida con dientes de soporte	Sin cobertura	\$1,150
D6098	Retenedor sostenido con implante de porcelana fundida con metal base principalmente	Sin cobertura	\$1,150
D6099	Retenedor sostenido con implante para FPD de porcelana fundida con metal noble	Sin cobertura	\$1,150
D6104	Injerto de hueso al momento de la colocación de un implante	\$343	\$215
D6110	Dentadura postiza extraíble sostenida con implante o con dientes de soporte para arco dentario sin dientes: maxilar	\$2,300	\$2,300
D6111	Dentadura postiza extraíble sostenida con implante o con dientes de soporte para arco dentario sin dientes - mandibular	\$2,300	\$2,300
D6112	Dentadura postiza extraíble sostenida con implante o con dientes de soporte para arco dentario parcialmente sin dientes: maxilar	\$2,300	\$2,300
D6113	Dentadura postiza extraíble sostenida con implante o con dientes de soporte para arco dentario parcialmente sin dientes: mandibular	\$2,300	\$2,300
D6120	Retenedor sostenido con implante de porcelana fundida con titanio y aleación de titanio	Sin cobertura	\$1,150
D6121	Retenedor sostenido con dientes de soporte para FPD de molde de metal: metal base principalmente	Sin cobertura	\$1,150
D6122	Retenedor sostenido con implante para FPD con metal noble	Sin cobertura	\$1,150
D6123	Retenedor sostenido con implante para FPD de metal, titanio y aleación de titanio	Sin cobertura	\$1,150
D6194	Corona de retención sostenida con dientes de soporte para FPD de titanio y aleaciones de titanio	\$776	\$650
D6195	Retenedor sostenido con dientes de soporte de porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	Sin cobertura	\$1,150
D6198	Retire el componente del implante provisional	\$0	\$0

D6200-D6999 IX. PROSTODONCIA, fija (cada retenedor y cada pónico constituyen una unidad en una dentadura postiza parcial fija [puente])

- Cuando se contemplen más de seis coronas o pónicos en el mismo plan de tratamiento, es posible que el Afiliado deba pagar \$100.00 adicionales por cada unidad, a partir de la sexta.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	Copago básico	Copago mejorado opcional
- El reemplazo de una corona, pónico, incrustación inlay, restauración onlay o dispositivo dental para el estrés requiere que el puente existente tenga 5 años de antigüedad o más.			
* Las coronas o pónicos 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 las Limitaciones y Exclusiones de los Beneficios para obtener información adicional.			
D6205	Pónico: empaste compuesto a base de resina indirecto	\$471	\$110
D6210	Pónico: molde con alto contenido de metal noble	\$531	\$310
D6211	Pónico: molde de metal base principalmente	\$436	\$160
D6212	Pónico: molde de metal noble	\$503	\$285
D6214	Pónico: titanio y aleaciones de titanio	\$529	\$310
D6240	Pónico: porcelana fundida con alto contenido de metal noble	\$446	\$330
D6241	Pónico: porcelana fundida con metal base principalmente	\$397	\$180
D6242	Pónico: porcelana fundida con metal noble	\$517	\$305
D6243	Pónico: porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	Sin cobertura	\$305
D6245	Pónico: porcelana/cerámica	\$492	\$180
D6250	Pónico: resina con alto contenido de metal noble	\$521	\$260
D6251	Pónico: resina con metal base principalmente	\$492	\$110
D6252	Pónico - resina con metal noble	\$449	\$235
D6253	Pónico provisional - se requiere tratamiento adicional o completar el diagnóstico necesario antes de la impresión final	\$200	\$200
D6545	Retenedor - molde de metal para prótesis fija unida con resina	\$339	\$140
D6548	Retenedor - porcelana/cerámica para prótesis fija unida con resina	\$442	\$140
D6549	Retenedor - para prótesis fija unida con resina	\$315	\$140
D6600	Incrustación inlay de retención - porcelana/cerámica, dos superficies	\$460	\$330
D6601	Incrustación inlay de retención: porcelana/cerámica, tres o más superficies	\$639	\$330
D6602	Incrustación inlay de retención: molde con alto contenido de metal noble, dos superficies	\$469	\$310
D6603	Incrustación inlay de retención: molde con alto contenido de metal noble, tres o más superficies	\$416	\$310
D6604	Incrustación inlay de retención: molde de metal base principalmente, dos superficies	\$353	\$160

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	Copago básico	Copago mejorado opcional
D6605	Incrustación inlay de retención: molde de metal base principalmente, tres o más superficies	\$359	\$160
D6606	Incrustación inlay de retención: molde de metal noble, dos superficies	\$650	\$285
D6607	Incrustación inlay de retención: molde de metal noble, tres o más superficies	\$650	\$285
D6608	Restauración onlay de retención: porcelana/cerámica, dos superficies	\$520	\$330
D6609	Restauración onlay de retención: porcelana/cerámica, tres o más superficies	\$596	\$330
D6610	Restauración onlay de retención: molde con alto contenido de metal noble, dos superficies	\$481	\$310
D6611	Restauración onlay de retención - molde con alto contenido de metal noble, tres o más superficies	\$572	\$310
D6612	Restauración onlay de retención - molde de metal base principalmente, dos superficies	\$230	\$160
D6613	Restauración onlay de retención: molde de metal base principalmente, tres o más superficies	\$540	\$160
D6614	Restauración onlay de retención: molde de metal noble, dos superficies	\$412	\$285
D6615	Restauración onlay de retención: molde de metal noble, tres o más superficies	\$454	\$285
D6624	Incrustación inlay de retención – titanio	\$350	\$310
D6634	Restauración onlay de retención - titanio	\$350	\$310
D6710	Corona de retención: empaste compuesto de resina indirecto	\$378	\$110
D6720	Corona de retención: resina con alto contenido de metal noble	\$415	\$285
D6721	Corona de retención: resina con metal base principalmente	\$439	\$110
D6722	Corona de retención - resina con metal noble	\$592	\$235
D6740	Corona de retención: porcelana/cerámica	\$504	\$180
D6750	Corona de retención: porcelana fundida con alto contenido de metal noble	\$447	\$330
D6751	Corona de retención: porcelana fundida con metal base principalmente	\$406	\$180
D6752	Corona de retención: porcelana fundida con metal noble	\$533	\$305
D6753	Corona de retención: porcelana fundida con titanio y aleación de titanio	Sin cobertura	\$305

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	Copago básico	Copago mejorado opcional
D6780	Corona de retención: 3/4 de molde con alto contenido de metal noble	\$591	\$310
D6781	Corona de retención: 3/4 de molde de metal base predominantemente	\$421	\$160
D6782	Corona de retención: 3/4 de molde de metal noble	\$511	\$285
D6783	Corona de retención: 3/4 de porcelana/cerámica	\$644	\$210
D6784	Corona de retención $\frac{3}{4}$ - titanio y aleaciones de titanio	Sin cobertura	\$285
D6790	Corona de retención: molde completo con alto contenido de metal noble	\$562	\$310
D6791	Corona de retención: molde completo de metal base principalmente	\$402	\$160
D6792	Corona de retención: molde completo de metal noble	\$517	\$285
D6793	Corona de retención provisional - se requiere tratamiento adicional o completar el diagnóstico necesario antes de la impresión final	\$244	\$200
D6794	Corona de retención - titanio y aleaciones de titanio	\$559	\$310
D6930	Recementación o readhesión de dentadura postiza parcial fija	\$86	\$15
D7000-D7999 X. CIRUGÍA BUCAL Y MAXILOFACIAL			
<i>- Incluye evaluaciones preoperatorias y posoperatorias y tratamiento con anestesia local.</i>			
D7111	Extracción, restos de corona - dientes primarios	\$62	\$5
D7140	Extracción, dientes erupcionados o raíces expuestas (elevación o extracción con fórceps)	\$96	\$5
D7210	Extracción, dientes erupcionados que necesitan la extracción del hueso o la segmentación del diente, e incluye la elevación del colgajo mucoperióstico si estuviera indicado	\$129	\$30
D7220	Extracción de un diente traumatizado: tejido blando	\$184	\$40
D7230	Extracción de un diente traumatizado: apoyo óseo parcial	\$183	\$60
D7240	Extracción de un diente traumatizado: apoyo óseo total	\$211	\$90
D7241	Extracción de un diente traumatizado: apoyo óseo total, con complicaciones quirúrgicas inusuales	\$257	\$105
D7250	Extracción de raíces dentarias residuales (procedimiento de corte)	\$142	\$40
D7251	Coronectomía: extracción parcial intencional de un diente	\$283	\$90
D7270	Reimplantación o estabilización de diente extraído o desplazado por accidente	\$300	\$150
D7280	Exposición de un diente no erupcionado	\$300	\$90

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	Copago básico	Copago mejorado opcional
D7282	Movilización de un diente que salió o tiene mala posición para ayudar a la dentición	\$275	\$225
D7283	Colocación de un aparato que facilite la dentición de un diente traumatizado	\$162	\$90
D7285	Biopsia incisional de tejido bucal: duro (hueso, diente)	\$354	\$80
D7286	Biopsia incisional de tejido bucal: blando	\$209	\$80
D7288	Biopsia con cepillo - recolección de muestra transepitelial	\$115	\$30
D7310	Alveoloplastia junto con extracciones - cuatro o más dientes o espacios dentales, por cuadrante	\$161	\$30
D7311	Alveoloplastia junto con extracciones - de uno a tres dientes o espacios dentales, por cuadrante	\$114	\$30
D7320	Alveoloplastia sin extracciones - cuatro o más dientes o espacios dentales, por cuadrante	\$206	\$30
D7321	Alveoloplastia sin extracciones - de uno a tres dientes o espacios dentales, por cuadrante	\$153	\$30
D7510	Incisión y drenaje de absceso: tejido blando intrabucal	\$110	\$0
D7511	Incisión y drenaje de absceso: tejido blando intrabucal: complicado (incluido el drenaje de varios espacios fasciales)	\$130	\$100
D7961	Frenectomía bucal/labial (frenulectomía)	\$272	\$124
D7962	Frenectomía lingual (frenulectomía)	\$272	\$124
D7963	Frenuloplastia	\$309	\$124
D7970	Extirpación de tejido hiperplásico: por arco dentario	\$294	\$146
D7971	Extirpación de la encía pericoronaria	\$174	\$35
D8000-D8999 XI. ORTODONCIA: Sin cobertura			
D9000-D9999 XII. SERVICIOS GENERALES COMPLEMENTARIOS			
D9110	Tratamiento paliativo (de emergencia) de dolor de dientes - procedimiento menor	\$68	\$10
D9120	Segmentación de dentadura postiza parcial fija	\$78	\$35
D9210	Anestesia local que no se proporciona junto con procedimientos operativos o quirúrgicos	\$34	\$0
D9211	Anestesia por bloqueo regional	\$26	\$0
D9212	Anestesia por bloqueo de división del trigémino	\$68	\$0
D9215	Anestesia local junto con procedimientos operativos o quirúrgicos	\$20	\$0
D9310	Consulta - servicio de diagnóstico brindado por un dentista o un médico distinto al dentista o médico que lo solicita	\$87	\$20
D9430	Visita al consultorio para observación (durante el horario habitual): no se brindan otros servicios	\$0	\$0

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	Copago básico	Copago mejorado opcional
D9440	Visita al consultorio - después del horario habitual	\$50	\$50
D9450	Presentación del caso, planificación extensa y detallada del tratamiento	\$0	\$0
D9610	Medicamento terapéutico por vía parenteral, una sola administración	\$27	\$15
D9612	Medicamentos terapéuticos por vía parenteral, dos o más administraciones, diferentes medicamentos \$30.00	\$56	\$30
D9613	Infiltración del medicamento terapéutico de liberación prolongada, por cuadrante	Sin cobertura	\$0
D9630	Medicamentos entregados en el consultorio para uso en el hogar	\$25	\$25
D9910	Aplicación de medicamento para quitar la sensibilidad	\$20	\$20
D9911	Aplicación de resina para quitar la sensibilidad de la superficie cervical o de la raíz, por diente	Sin cobertura	\$20
D9932	Limpieza e inspección de dentadura postiza completa extraíble, maxilar	\$41	\$25
D9933	Limpieza e inspección de dentadura postiza completa extraíble, mandibular	\$48	\$25
D9934	Limpieza e inspección de dentadura postiza parcial extraíble, maxilar	\$31	\$25
D9935	Limpieza e inspección de dentadura postiza parcial extraíble, mandibular	\$29	\$25
D9941	Fabricación de protector bucal para hacer deporte	\$149	\$100
D9942	Arreglo o recubrimiento de protector oclusal	\$125	\$90
D9943	Ajuste de protector oclusal	\$69	\$15
D9944	Protector oclusal: aparatos duros, arco dentario completo	Sin cobertura	\$180
D9945	Protector oclusal: aparatos blandos, arco dentario completo	Sin cobertura	\$180
D9951	Ajuste oclusal, limitado	\$83	\$35
D9952	Ajuste oclusal, completo	\$255	\$75
D9961	Duplicado/copia de los registros de pacientes	Sin cobertura	\$0
D9970	Microabrasión del esmalte	\$59	\$20
D9971	Odontoplastia de 1 a 2 dientes; incluye la eliminación de las proyecciones del esmalte	\$76	\$20
D9972	BLANQUEAMIENTO EXTERNO, POR ARCO DENTARIO, REALIZADO EN EL CONSULTORIO	\$200	\$200
D9973	Blanqueamiento externo - por diente	\$126	\$100
D9974	Blanqueamiento interno - por diente	\$154	\$100

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	Copago básico	Copago mejorado opcional
D9975	Blanqueamiento externo para aplicación en el hogar, por arco dentario; incluye materiales y fabricación de bandejas personalizadas	\$200	\$200
D9990	Traducción certificada o servicios de lenguaje de señas - por visita	Sin cobertura	\$0
D9991	Gestión de casos dentales: obstáculos en el cumplimiento de las citas	\$0	\$0
D9992	Gestión de casos dentales: coordinación de la atención	\$0	\$0
D9993	Gestión de casos dentales – entrevistas motivacionales	\$0	\$0
D9994	Gestión de casos dentales – educación del paciente para mejorar el conocimiento de la salud bucal	\$0	\$0

NOTA: Los procedimientos descritos y las asignaciones máximas indicadas en esta tabla están sujetos a los términos del contrato y a las Poliza de procesamiento de Delta Dental. No se cubre ningún procedimiento no mencionado en esta lista. Este plan puede actualizarse para que cumpla con el CDT.

Anexo B

Las limitaciones y exclusiones con restricciones de edad que se mencionan a continuación estarán sujetas a excepciones con base en la necesidad médica.

Limitaciones de los Beneficios

1. La frecuencia de algunos Beneficios es limitada. Todas las limitaciones de frecuencia se señalan en el *Anexo A, Descripción de beneficios y copagos*.
2. Si el Afiliado acepta un plan de tratamiento de un Dentista Contratado que incluya alguna combinación de más de seis coronas, puentes o retenedores de puentes, es posible que el Afiliado deba pagar \$100.00 adicionales, además del Copago mencionado para cada uno de estos servicios, después de que se le proporcione la sexta unidad.
3. El uso de la anestesia general o la analgesia o sedación intravenosa se limita al tratamiento proporcionado por un cirujano bucal contratado junto con una referencia aprobada para extirpar uno o más dientes retenidos parciales o totales (procedimientos D7230, D7240 y D7241).
4. Los beneficios proporcionados por dentistas pediátricos están limitados a niños de hasta siete años después de que el dentista contratado asignado haya intentado tratar al niño, con previa autorización por parte Nuestra, menos los copagos aplicables. Las excepciones por estados clínicos, independientemente de las limitaciones de edad, se considerarán de manera individual.

Exclusiones de los Beneficios

1. Cualquier procedimiento que no se mencione específicamente en el *Anexo A, Descripción de Beneficios y Copagos*.

2. Cualquier procedimiento que, según la opinión profesional del Dentista Contratado:
 - a. presente un pronóstico reservado de un resultado satisfactorio y una duración razonable según el estado de los dientes o de las estructuras circundantes; ●
 - b. no siga las normas generalmente aceptadas de la práctica dental.
3. Los servicios que tienen fines estéticos únicamente, excepto el procedimiento D9975 (blanqueamiento externo para aplicación en casa, por arco dentario), o para enfermedades causadas por defectos del desarrollo o hereditarios como paladar hendido, malformaciones en la mandíbula superior e inferior, falta de dientes congénita y dientes descoloridos o carentes de esmalte, excepto el tratamiento de niños recién nacidos con defectos congénitos o anomalías de nacimiento.
4. Coronas de porcelana, porcelana fundida con metal, molde de metal o resina con coronas de metal y dentaduras postizas fijas parciales (puentes) para niños menores de 16 años de edad.
5. Los aparatos rotos o robados que incluyen, entre otros, dentaduras postizas completas o parciales, separadores, coronas y dentaduras postizas fijas parciales (puentes).
6. Procedimientos, aparatos o restauraciones, si el objetivo es modificar la dimensión vertical o diagnosticar o tratar enfermedades anormales de la articulación temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés).
7. Metal precioso para aparatos extraíbles, bases blandas metálicas o permanentes para dentaduras postizas completas, dientes de dentaduras postizas de porcelana, dientes de soporte de precisión para dentaduras postizas parciales fijas o extraíbles (recubrimientos, implantes y aparatos relacionados con estos), y personalización y caracterización de dentaduras postizas parciales y completas.
8. Los aparatos y accesorios dentales soportados por implante, la colocación de implantes, el mantenimiento, la extracción y cualquier otro servicio relacionado con un implante dental.
9. Consultas por beneficios no cubiertos.
10. Servicios dentales proporcionados por cualquier centro dental que no sea el Dentista Contratado asignado, un especialista dental autorizado previamente o un Ortodoncista Contratado, excepto los Servicios de Emergencia, según se describe en el Contrato o Evidencia de Cobertura.
11. Cualquier cargo relacionado con la admisión, el uso o la estadía en un hospital, centro de cirugía para pacientes ambulatorios, centro de atención a largo plazo u otro centro de atención similar.
12. Medicamentos recetados.
13. Aparatos o terapias miofuncionales y parafuncionales, excepto los procedimientos D9944 y D9945 (protector oclusal).
14. Tratamiento o aparatos que proporcione un dentista especializado en servicios de prostodoncia.

DEFINICIONES

Los términos que aparecen en mayúsculas en este folleto del Plan tienen significados definidos que aparecen en la siguiente sección o a lo largo de las secciones del folleto.

Año del Contrato: los 12 meses a partir de la Fecha de Entrada en Vigencia y cada periodo de 12 meses de ahí en adelante.

Apelación: es lo que usted hace si no está de acuerdo con la decisión de negación de una solicitud de servicios de cuidado dental o pago de los servicios que ya recibió. También puede hacer una apelación si no está de acuerdo con la decisión de detener los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede solicitar una apelación si nuestro Plan no paga por un servicio que usted cree que debería poder recibir.

Beneficios: son los servicios dentales que tiene derecho a recibir en virtud de este Plan. Año Calendario: los 12 meses del año desde el 1.º de enero hasta el 31 de diciembre.

Código del Procedimiento: El número de Terminología Dental Actual (CDT, por sus siglas en Inglés) asignado a un Procedimiento Único por la Asociación Dental Americana (ADA, por sus siglas en Inglés).

Contrato: el Acuerdo entre INTER VALLEY HEALTH PLAN y Delta Dental of California para la Prestación de Servicios Dentales.

Costos Compartidos: las cantidades que pueden cargarse a un miembro como parte del costo compartido del miembro por las proviiciones de servicios cubiertos. El costo compartido de este Plan consiste en los copagos enumerados en el Adjunto A.

Fecha de Entrada en Vigencia: la fecha original en la que comienza el Plan. Esta fecha se encuentra en la portada de este folleto y en el Anexo A.

Formulario de Reclamación: el formulario estándar utilizado para presentar una reclamación o solicitar un Presupuesto Previo al Tratamiento.

Miembro: persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en el Plan y cuya inscripción ha sido confirmada por CMS.

Plan: este plan dental que describe los Beneficios, las limitaciones, las exclusiones, los términos y condiciones de cobertura para los Miembros inscritos en el Plan Medicare Advantage del Titular del Contrato.

Presupuesto Previo al Tratamiento: estimado de los Beneficios autorizados conforme al Plan para los servicios ofrecidos.

Procedimiento Único: procedimiento dental al que se le asigna un Código del Procedimiento independiente.

Proveedor No Participante: dentista que no ha firmado un acuerdo con Delta Dental para ser un Proveedor Participante en virtud de este Plan.

Proveedor Participante de Delta Dental (Proveedor Participante): se refiere a una persona con la licencia correspondiente para ejercer la odontología cuando y donde se haya realizado y que haya firmado un contrato con Delta Dental para aceptar participar en este Plan y proporcionar servicios cubiertos en odontología general a los Miembros.

Razonable: se refiere a que un Miembro aplica un juicio prudente al determinar que existe una emergencia dental y realiza al menos un intento de ponerse en contacto con su Proveedor Participante para obtener Servicios de Emergencia y, en caso de que el Proveedor Participante no esté disponible, hace al menos un intento de ponerse en contacto con Delta Dental para pedir ayuda antes de buscar atención por parte de otro Proveedor Participante.

Servicios de Emergencia: se refiere al cuidado dental proporcionado por un Miembro necesario para tratar una enfermedad dental que se manifiesta como un síntoma lo suficientemente grave, incluido dolor intenso, que en caso de no atenderse de forma inmediata, el Miembro podría esperar razonablemente que derive en: (i) un grave peligro para la salud dental del Miembro o (ii) un deterioro grave de sus funciones dentales.

Servicios Especializados: se refiere a los servicios prestados por un dentista con la licencia correspondiente que se especializa en cirugía bucal, endodoncia, periodontología u odontología pediátrica, los cuales deben ser autorizados previamente por escrito por Delta Dental.

Titular del contrato: INTER VALLEY HEALTH PLAN

Tratamiento en Curso: se refiere a todo procedimiento dental único, según se define en el Código del Procedimiento, que haya sido iniciado mientras el Miembro era elegible para recibir Beneficios, y que requiere varias citas para que se complete el procedimiento, independientemente de si el Miembro sigue siendo elegible para recibir tales Beneficios conforme al Plan. Algunos ejemplos son: dientes que fueron preparados para la colocación de coronas, conductos radiculares en los que se estableció un tiempo de trabajo, o dentaduras postizas completas o parciales para las que se tomó una impresión.



Delta Dental es una marca registrada de La Asociación de Planes Dentales Delta.

Llame a un representante de Servicios al Cliente de Delta Dental al 855-370-3801 (usuarios de TTY 711)



Comuníquese con nuestro equipo de atención al miembro: 1-800-251-8191

Equipo de atención farmacéutica: 1-800-523-3142, los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Contáctenos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8am a 8pm, los 7 días de la semana. Estamos cerrados el día de Acción de Gracias y Navidad.

Contáctenos del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Estamos cerrados los días festivos federales.

NOTA: Cuando estamos cerrados tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos serán devueltos dentro de un (1) día hábil.

Puede ver el directorio de proveedores/ farmacias de nuestro plan en nuestro sitio web en ivhp.com