
ANEXO DE BENEFICIOS DENTALES

CENTRAL HEALTH MEDICARE PLAN

Plan A – EAE DSNP

23043

Fecha de entrada en vigencia: 1.º de enero de 2025

Condados:

Alameda, Contra Costa, Fresno, Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara, y Ventura

Administrado por:



Delta Dental of California

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN2

DEFINICIONES3

CONDICIONES BAJO LAS QUE SE OTORGAN LOS BENEFICIOS5

CÓMO ELEGIR A SU PROVEEDOR.....6

CÓMO SE PAGAN LAS RECLAMACIONES7

APELACIÓN DE RECLAMACIONES.....8

DISPOSICIONES GENERALES8

ANEXOS

ANEXO A: DEDUCIBLES, LÍMITES MÁXIMOS Y NIVELES DE BENEFICIOS DEL CONTRATO

ANEXO B: SERVICIOS, LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

Nota: Esta cobertura es para el beneficio dental complementario de Medicare. Algunos servicios dentales están disponibles a través del programa dental de Medi-Cal. Los beneficios dentales están disponibles en el programa dental de Medi-Cal como cargo por servicio. Pueden aplicarse reglas de autorización. Para obtener más información o si necesita ayuda para encontrar un dentista que acepte el programa dental de Medi-Cal, contacte a la Línea de Servicio al Cliente al 1-800-322-6384 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2922). La llamada es gratuita.

Los representantes del programa de servicios dentales de Medi-Cal están disponibles para ayudarlo, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. También puede visitar el sitio web en dental.dhcs.ca.gov para obtener más información.

INTRODUCCIÓN

Nos complace darle la bienvenida al plan dental de **Central Health Medicare Plan**. Su plan está administrado por Delta Dental of California ("Delta Dental"). Nuestro objetivo es brindarle la más alta calidad en cuidado dental y ayudarle a mantener una buena salud dental. Le animamos a que no espere a tener un problema para ver al dentista, sino que lo vea con frecuencia.

Cómo usar esta Evidencia de cobertura

Este Anexo de beneficios dentales ("Plan"), que incluye el Anexo A: Deducibles, límites máximos y niveles de beneficios del plan y el Anexo B: Servicios, limitaciones y exclusiones explica los términos y condiciones de su cobertura, y está diseñado para ayudarle a aprovechar al máximo su plan dental. Este le ayudará a entender el funcionamiento del plan y a cómo obtener cuidados dentales. Lea este folleto detenidamente y por completo. Lea la sección "Definiciones", en la que se explicarán todas las palabras que tienen significados especiales o técnicos en este plan.

Las explicaciones de los beneficios que se incluyen en este folleto del plan están sujetas a todas las disposiciones del contrato que se encuentra en el archivo con Central Health Medicare 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 del presente folleto.

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

Contáctenos

Para obtener más información, visite el sitio web de Delta Dental es.deltadentalins.com/centralhealth o llame al Centro de Servicio al Cliente de Delta Dental. Un representante de Servicio al Cliente puede responder las preguntas que usted tenga sobre cómo obtener cuidados dentales, ayudarle a ubicar un proveedor participante de Delta Dental, explicarle los beneficios, verificar el estado de una reclamación y ayudarle a presentar una reclamación.

Puede acceder a la línea de información automatizada de Delta Dental al (855) 370-3867, TTY:711, durante el horario regular habitual para obtener información sobre la elegibilidad y los beneficios del miembro, el estado de la reclamación, o para hablar con un representante de Servicio al Cliente para recibir ayuda. Si prefiere ponerse en contacto con Delta Dental por escrito para plantear sus dudas, envíe una carta con sus consultas a la siguiente dirección:

Delta Dental of California
P.O. Box 997330
Sacramento, CA 95899-7330

DEFINICIONES

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

Año calendario: los 12 meses del año desde el 1.º de enero hasta el 31 de diciembre.

Año del plan: los 12 meses que inician en la fecha de entrada en vigencia y cada periodo subsecuente de 12 meses.

Apelación: lo que usted hace si no está de acuerdo con la decisión de denegación 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 recibe. Por ejemplo, puede solicitar una apelación si su plan no paga por un servicio que usted cree que debería poder recibir.

Autorización previa: una aprobación previa requerida por Delta Dental antes de que se presten los servicios.

Beneficios: las cantidades que pagará el Plan por los servicios dentales cubiertos.

Cargo contratado por el proveedor de Medicare participante de Delta Dental (cargo contratado por el proveedor participante): el cargo por un procedimiento único cubierto bajo el plan que un proveedor participante ha acordado contractualmente aceptar como pago total por los servicios cubiertos.

Cargo contratado por el proveedor participante: el cargo por un procedimiento único cubierto bajo el contrato que un proveedor participante ha acordado contractualmente aceptar el límite máximo autorizado del plan como pago total por los servicios cubiertos.

Cargos presentados: la cantidad que el dentista tratante factura e ingresa en una reclamación para un procedimiento específico.

Código de procedimiento: el número del Nomenclador Dental Actual® (CDT, por sus siglas en inglés) asignado por la Asociación Dental Estadounidense a un procedimiento único.

Contrato: el acuerdo entre Central Health Medicare Plan y Delta Dental of California para la prestación de servicios dentales.

Costos compartidos: las cantidades que se pueden cobrar a los miembros como parte del costo de la prestación de los servicios cubiertos. Los costos compartidos consisten en el coseguro, los copagos, el deducible y la facturación de saldos.

Deducible: una cantidad en dólares que un miembro debe pagar por determinados servicios cubiertos antes de que el Plan comience a pagar los beneficios.

Fecha de entrada en vigencia: la fecha original en la que comienza el Plan. Puede encontrar esta fecha 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.

Límite máximo autorizado del plan: el reembolso bajo el plan sobre el cual Delta Dental calcula el pago del plan y la obligación financiera del miembro. Sujeto a ajustes por dificultad extrema o circunstancias inusuales, el límite máximo autorizado del plan para los servicios proporcionados por un proveedor participante es el menor entre los cargos presentados por el proveedor o el cargo contratado por el proveedor participante.

Miembro: una persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en el plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés).

Nivel de beneficio del plan: el porcentaje del límite máximo autorizado del plan que el plan pagará después de que se alcance el deducible, si lo hubiera, como se muestra en el Anexo A.

Plan: este plan dental que describe los beneficios, limitaciones, exclusiones, términos y condiciones de cobertura para los miembros inscritos en Medicare Advantage Plan del titular del contrato.

Presupuesto previo al tratamiento: presupuesto de los beneficios autorizados bajo el plan para los servicios propuestos.

Procedimiento único: procedimiento dental al que se le asigna un código de procedimiento independiente.

Proveedor de Medicare no participante: un dentista que no ha firmado un acuerdo con Delta Dental para ser un proveedor participante bajo este plan.

Proveedor de Medicare participante de Delta Dental (proveedor participante): se refiere a una persona con la licencia correspondiente para ejercer la odontología, cuándo y dónde se realiza, y que ha firmado un contrato con Delta Dental en el que está de acuerdo a participar en este plan y a ofrecer servicios cubiertos a los miembros.

Razonable: se refiere a que un afiliado aplica un juicio prudente al determinar que existe una emergencia dental y realiza al menos un intento de ponerse en contacto con su dentista contratado para obtener servicios de emergencia y, en caso de que el dentista 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 dentista.

Servicios de emergencia: atención proporcionada a un miembro por un dentista y que es necesario

para tratar una enfermedad dental que se manifiesta como un síntoma lo suficientemente grave, incluido el dolor intenso, que en caso de no atenderse de forma inmediata el afiliado podría esperar razonablemente que se derive en: (i) un grave peligro para su salud dental o (ii) un deterioro grave de sus funciones dentales.

Titular del contrato: Central Health Medicare Plan.

Tratamiento en curso: se refiere a todo procedimiento dental único, según se define en el código del CDT, que haya sido iniciado mientras el afiliado era elegible para recibir beneficios y que requiere varias citas para ser completado, independientemente de si el afiliado sigue siendo elegible para recibir tales beneficios bajo el plan DeltaCare USA. Algunos ejemplos son: dientes que fueron preparados para la colocación de coronas, conductos radiculares en las que se estableció un tiempo de trabajo, o dentaduras postizas totales o parciales para las que se tomó una impresión.

CONDICIONES BAJO LAS QUE SE OTORGAN LOS BENEFICIOS

El plan pagará beneficios por los servicios dentales descritos en el Anexo B. El plan pagará los beneficios solo por los servicios cubiertos. El plan cubre varias categorías de servicios dentales cuando un proveedor participante presta los servicios y cuando estos son necesarios y están dentro de los principios de la práctica dental generalmente aceptada. Las reclamaciones se tramitarán de acuerdo con las políticas de procesamiento estándar de Delta Dental. Las políticas de procesamiento pueden modificarse periódicamente; por lo tanto, Delta Dental usará las políticas de procesamiento vigentes en el momento en el que se procese la reclamación. Delta Dental puede usar dentistas (especialistas dentales) para revisar los planes de tratamiento, los materiales de diagnóstico o los tratamientos recetados para determinar las prácticas dentales generalmente aceptadas y si el tratamiento tiene un pronóstico favorable. Las limitaciones y exclusiones se aplicarán durante el período durante el cual usted sea miembro del plan.

Si un procedimiento dental principal incluye procedimientos individuales que se lleven a cabo al mismo tiempo que el procedimiento principal, los procedimientos individuales se consideran parte del procedimiento principal para los fines de determinar el beneficio a pagar bajo el plan. Aunque el dentista facture el procedimiento principal y cada una de sus partes componentes por separado, el beneficio total a pagar por todos los cargos relacionados estará limitado al límite máximo del beneficio a pagar por el procedimiento principal.

Coseguro

El plan pagará un porcentaje del límite máximo autorizado del plan para los servicios cubiertos, como se muestra en el Anexo A, y usted es responsable de pagar el porcentaje restante del límite máximo autorizado del plan, así como cualquier costo compartido adicional. El porcentaje del límite máximo autorizado del plan que debe pagar se denomina coseguro ("Coseguro"). El coseguro es parte de sus gastos de bolsillo. Usted paga los coseguros incluso después de haber cumplido con el deducible. Además del coseguro y cualquier deducible restante, es posible que

deba pagar cualquier cantidad que exceda su cantidad del límite máximo y el costo de cualquier servicio no cubierto. A esto nos referimos con costos compartidos.

La cantidad de su coseguro dependerá del tipo de servicio que reciba. Los proveedores participantes deben cobrar el coseguro por los servicios cubiertos. El coseguro es un método para compartir los costos de proporcionar beneficios dentales. Si el proveedor participante le descuenta, reembolsa o exime de cualquier parte del coseguro, el plan se verá obligado a proporcionar como beneficios únicamente los porcentajes correspondientes del límite máximo autorizado del plan reducido por la cantidad que se descuenta, reembolsa o exime de dichos cargos o asignaciones.

Cantidad del límite máximo

La mayoría de los programas dentales tienen una cantidad del límite máximo. Una cantidad del límite máximo ("Cantidad del límite máximo" o "Límite máximo") es la cantidad total en dólares que el plan pagará por el costo del cuidado dental. Usted es responsable de pagar los costos que superen esta cantidad. La cantidad del límite máximo a pagar, si lo hubiera, se muestra en el Anexo A. La cantidad del límite máximo puede aplicarse anualmente, por servicio o durante la vigencia.

Presupuesto previo al tratamiento

No es obligatorio obtener un presupuesto previo al tratamiento; sin embargo, su proveedor participante puede presentar un formulario de reclamación con Delta Dental antes de comenzar el tratamiento que muestre los servicios que le proporcionará. Delta Dental estimará la cantidad de los beneficios pagaderos bajo el plan para los servicios indicados. Si solicita a su dentista un presupuesto previo al tratamiento de Delta Dental antes de que acepte recibir cualquier tratamiento prescrito, tendrá un presupuesto por adelantado de lo que pagará el plan y de la diferencia que usted deberá pagar. Los beneficios se procesarán de acuerdo con los términos del plan cuando se proporcione efectivamente el tratamiento. Los presupuestos previos al tratamiento tienen una validez durante 365 días, o hasta que se reciban otros servicios después de la fecha de los presupuestos previos al tratamiento, o hasta que ocurra antes alguno de los siguientes eventos:

- La fecha de vencimiento del plan;
- La fecha en que se modifican los beneficios bajo el plan si los servicios en el presupuesto previo al tratamiento son parte de la enmienda;
- La fecha de vencimiento de la cobertura; o
- La fecha de terminación del acuerdo del proveedor participante con Delta Dental.

Un presupuesto previo al tratamiento no garantiza el pago. Es un estimado de la cantidad que el plan pagará si usted está inscrito y cumple con todos los requisitos del programa del plan al momento en el que el tratamiento planeado haya terminado. Es posible que no tenga en cuenta ningún deducible. Por esta razón, recuerde calcular su deducible, si fuera necesario.

CÓMO ELEGIR A SU PROVEEDOR

Solo puede recibir beneficios por los servicios cubiertos proporcionados por un proveedor participante de Delta Dental Medicare Advantage. Para recibir los beneficios bajo este plan, el cuidado dental que reciba debe ser un servicio cubierto. El plan no paga beneficios por el cuidado dental que no esté incluido como servicios cubiertos y para recibir beneficios por servicios cubiertos, los debe proporcionar un proveedor participante, a menos que los servicios se

proporcionen por una emergencia. Le recomendamos encarecidamente que verifique que el dentista sea un proveedor participante en este plan dental antes de cada cita. Revise la sección “Cómo se pagan las reclamaciones” para obtener una explicación de los procedimientos de pago a fin de comprender el método de pago correspondiente a su selección de proveedor participante.

Cómo localizar a un proveedor participante de Delta Dental Medicare Advantage

Existen dos maneras de localizar a un proveedor participante de Medicare Advantage cerca de usted:

- Puede obtener información a través de nuestro sitio web en es.deltadentalins.com. Este sitio web incluye una función de búsqueda de proveedores que le permite localizar a proveedores participantes por ubicación y especialidad; o
- También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Delta Dental al número gratuito (855) 370-3867, TTY: 711, y un representante le ayudará. Delta Dental puede proporcionarle información sobre la especialidad y la ubicación del consultorio de un proveedor participante de Delta Dental.

CÓMO SE PAGAN LAS RECLAMACIONES

Pago de servicios: proveedor participante

Seleccionar un proveedor participante le permite al miembro obtener beneficios por los servicios cubiertos que se le proporcionan. El pago a un proveedor participante se calcula basado en el límite máximo autorizado del plan. Los proveedores participantes acuerdan aceptar el límite máximo autorizado del plan de Delta Dental como pago total por los servicios cubiertos, lo que significa que usted solo será responsable de cualquier costo compartido aplicable para el servicio cubierto.

La parte del límite máximo autorizado del plan que paga el plan está limitada al nivel de beneficio del plan aplicable que se muestra en el Anexo A. El pago del plan se envía directamente al proveedor participante que presentó la reclamación. Delta Dental le informará sobre cualquier cargo que no sea pagadero por el plan del cual usted es responsable. Por lo general, estos cargos por costos compartidos son su parte del límite máximo autorizado (coseguro) del plan, así como cualquier deducible, cargos donde se excedió la cantidad del límite máximo o cargos por servicios no cubiertos.

Pago de servicios: proveedor no participante

Excepto en el caso de una emergencia donde un proveedor participante no esté disponible para brindarle la atención que necesita, el plan no paga ningún beneficio por los servicios dentales (independientemente de si son servicios cubiertos) si los servicios los proporciona un proveedor no participante. Usted será el único responsable de cualquier atención dental proporcionada por un proveedor no participante.

Delta Dental tiene contratos con dentistas con la licencia correspondiente que participan en otros planes dentales ofrecidos por Delta Dental. No todos estos dentistas están de acuerdo o tienen contrato con Delta Dental para ser un proveedor participante en este plan. Por lo tanto, le recomendamos encarecidamente que verifique que el dentista que seleccione sea un proveedor participante en este plan dental antes de cada cita. El dentista puede tener contrato con otro plan de beneficios de Delta Dental, pero no necesariamente con este plan para los beneficiarios de Medicare Advantage Plan de Central Health Medicare Plan.

Cómo presentar una reclamación

Delta Dental no exige la presentación de formularios de reclamación especial. Sin embargo, la mayoría de los consultorios dentales tienen formularios de reclamación disponibles. Los proveedores participantes se encargarán de los trámites relacionados con su reclamación por usted. Es posible que algunos proveedores no participantes también proporcionen este servicio si usted lo solicita. Si desea enviar su propia reclamación directamente a Delta Dental. Para obtener más información, consulte la sección “Aviso de formulario de reclamación”

Puede obtener ayuda para llenar dicho formulario en el consultorio dental. Llénelo y envíelo a la siguiente dirección:

*Delta Dental of California
P.O. Box 997330
Sacramento, CA 95899-7330*

APELACIÓN DE RECLAMACIONES

Nuestro compromiso con usted es garantizar no solamente la calidad de la atención, sino también la calidad en el proceso de tratamiento. Esta calidad del tratamiento se extiende desde los servicios profesionales proporcionados por proveedores participantes hasta la cortesía con la que le atienden los representantes de Delta Dental por teléfono. Si tiene alguna pregunta o queja con respecto a la elegibilidad, la denegación de servicios dentales o reclamaciones, las políticas, los procedimientos o las operaciones de Delta Dental, o la calidad de los servicios dentales prestados por un proveedor participante, usted tiene derecho a presentar una queja o una apelación ante Central Health Medicare Plan al 866-314-2427.

DISPOSICIONES GENERALES

Examen clínico

Antes de aprobar una reclamación, Delta Dental tendrá derecho a recibir, en la medida que sea legal, por parte de cualquier dentista a cargo o examinador o por parte de hospitales en los que se proporcione atención dental, dicha información y registros relacionados con la asistencia o el examen, o el tratamiento proporcionado a usted que puedan requerirse para administrar la reclamación, o para que le examine un asesor dental contratado por nosotros a expensas del plan, en su comunidad o residencia o cerca de ella. En todo momento, Delta Dental conservará de manera confidencial dicha información y registros.

Aviso del formulario de reclamación

Delta Dental le entregará a usted o a su proveedor participante, si lo solicita, un formulario de reclamación para que pueda reclamar los beneficios. Para hacer una reclamación, el formulario debe estar lleno y firmado por el proveedor participante que brindó el servicio y por el paciente (o el padre, madre o tutor legal si el paciente fuera menor de edad) y se nos debe enviar a la dirección que se mencionó antes.

Si Delta Dental no proporciona el formulario dentro de los 15 días posteriores a su solicitud o la de su Proveedor participante, se considerará que se han cumplido los requisitos de prueba de pérdida establecidos en el siguiente párrafo al momento de la presentación a Delta Dental, dentro del plazo de tiempo establecido en dicho párrafo para la presentación de pruebas de pérdida, de prueba escrita que abarque el acontecimiento, el carácter y la extensión de la pérdida por la que se hace la reclamación. Usted o su proveedor participante pueden descargar un formulario de reclamación del sitio web de Delta Dental.

Aviso de reclamación o prueba de pérdida por escrito

Delta Dental debe recibir una prueba de pérdida por escrito en un plazo de 12 meses a contar a partir de la fecha de la pérdida. Si no es razonablemente posible proporcionar prueba escrita en el tiempo requerido, la reclamación no se reducirá ni se denegará únicamente por este motivo, siempre que la prueba se presente tan pronto como sea razonablemente posible. En cualquier caso, la prueba de pérdida debe proporcionarse hasta un año después a partir de dicho momento (a menos que el reclamante esté legalmente incapacitado).

Toda prueba de pérdida por escrito debe entregarse a Delta Dental en un plazo de 12 meses después de la terminación del plan.

Tiempo de pago

Las reclamaciones a pagar bajo el plan por cualquier pérdida que no sea una pérdida por la cual el plan establezca que se harán pagos periódicos, se procesarán inmediatamente después de que se reciba la prueba de pérdida por escrito. Delta Dental le avisará a usted y a su proveedor participante si necesitamos cualquier información adicional para procesar la reclamación.

A quién se pagan los beneficios

No se requiere que el servicio lo proporcione un proveedor participante específico, solo que el dentista consultado sea un proveedor participante. El pago por los servicios cubiertos se realizará directamente a los servicios prestados por parte de un proveedor participante. Cualquier otro pago que disponga el plan se le proporcionará a usted. Todos los beneficios no pagados al proveedor participante se pagarán a usted o a heredero o a un beneficiario alternativo si así lo determina una orden judicial, excepto que si la persona no sea competente para proporcionar un descargo válido, los beneficios pueden pagarse a su cónyuge, tutor u otro representante legalmente designado.

Acciones legales

No se presentará ninguna acción conforme a derecho o equidad para obtener una compensación bajo el plan antes de transcurridos 60 días luego de que la prueba de pérdida se haya presentado de acuerdo con los requisitos del plan. Tampoco se presentará ninguna acción a menos que sea dentro de los tres (3) años a contar a partir del vencimiento de la fecha en la que la prueba de pérdida se exige por el plan.

DESCRIPCIÓN DE DEDUCIBLES, LÍMITES MÁXIMOS Y BENEFICIOS

Titular del contrato: Central Health Medicare Plan

Número de grupo: 23043

Fecha de entrada en vigencia: 1.º de enero de 2025

ESTE CUADRO ESTÁ PENSADO PARA SER UTILIZADO EN LA COMPARACIÓN DE LOS BENEFICIOS DE COBERTURA Y ES SOLAMENTE UN RESUMEN. CONSULTE AL TITULAR DEL CONTRATO PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LIMITACIONES DEL PROGRAMA.

Programa de beneficios	
Deducible anual por miembro	Sin deducible

Límite máximo		
	Proveedores participantes de Medicare de Delta Dental	Proveedores no participantes
Límite máximo anual	\$3,000 por miembro	No cubierto

Categoría del servicio dental		Dentro de la red Usted paga	Fuera de la red Usted paga
Cuidado preventivo: sin designación del límite máximo			
Examen oral:	2 cada año calendario	0%	100%
Detalles:	D0120, D0140, D0150 o D0180; D0150 y D0180 permitidos una vez por proveedor de por vida		
Profilaxis, limpieza	2 cada año calendario	0%	100%
Detalles:	D1110		
Tratamiento con flúor	2 cada año calendario	0%	100%
Detalles:	D1206, D1208		
Radiografía de mordida:	4 cada año calendario	0%	100%
Detalles:	D0272, D0274, D0373		
Periapicales:	6 cada año calendario	0%	100%
Detalles:	D0220, D0230		
Diagnóstico: sin designación del límite máximo			
Radiografía panorámica:	1 cada 5 años calendario	0%	100%
Detalles:	D0330 o D0372, no cubiertos con D0272, D0274 o D0373 dentro del mismo año calendario.		
Tomosíntesis intrabucal, radiografía periapical	1 cada año calendario	0%	100%
Detalles:	D0374		
Periodoncia			
Limpieza de sarro:	4 cuadrantes cada 2 años calendario	0%	100%
Detalles:	Cualquier combinación de D4341 o D4342		
Desbridamiento	Cubierto como se referencia:	0%	100%
Detalles:	1 cada año calendario, D4355 2 cada año calendario, D4910		
Servicios de restauración			
Empastes:	6 empastes cada año calendario	0%	100%
Detalles:	D2140- D2161; D2330-D2335; D2391-D2394		
Coronas:	2 coronas cada año calendario, uno por diente cada 5 años calendario	0%	100%
Detalles:	D2510-D2530; D2542-D2544; D2620, D2630; D2642-D2644; D2650-D2652; D2662-D2664; D2710-		

	D2722; D2740; D2751, D2752; D2781-D2783; D2790-D2794; D2799		
Restauración de corona, retención de la espiga:	2 cada año calendario	0%	100%
Detalles:	D2951 D2952; D2953; D2954; D2980		
Restauración o arreglo de corona	2 cada año calendario	0%	100%
Detalles:	1 cada año calendario, D2951; D2980 2 cada año calendario, D2952, D2954 2 cada año calendario, D2953		
Arreglo de corona	1 por diente cada 5 años calendario	0%	100%
Detalles:	D2980		
Extracciones*			
Extracciones sencillas:	8 cada año calendario	0%	100%
Detalles:	D7140		
Extracción quirúrgica:	3 cada año calendario	0%	100%
Detalles:	D7210-D7241		
Incisión y drenaje:	1 por diente de por vida	0%	100%
Detalles:	D7510, D7511 o D7520, D7521		
Endodoncia*			
Endodoncia o conductos radiculares	1 por diente cada año calendario	0%	100%
Detalles:	D3220; D3310-D3330; D3410, D3421, D3425, D3426		
Prostodoncia, otras Cirugías bucales o maxilofaciales, otros servicios*			
Dentaduras postizas:	1 conjunto de dentaduras postizas (ya sea completas, parciales o inmediatas) cada 3 años calendario; hasta la cantidad del límite máximo de cobertura anual del plan	0%	100%
Detalles:	D5110-D5140; D5211-D5214; D5221-D5228		
Arreglos de dentaduras postizas:	4 cada año calendario	0%	100%
Detalles:	D5511, D5512, D5520, D5611, D5612, D5621, D5622, D5630, D5640, D5650, D5660, D5670,		

	D5671, D5710, D5711, D5720, D5721, D5725, D5730, D5731, D5740, D5741, D5750, D5751, D5760, D5761, D5765		
Tratamiento paliativo de emergencia:	4 cada año calendario	0%	100%
Detalles:	D9110		
Sedación profunda (anestesia):	Cubierta con una cirugía bucal	0%	100%
Detalles:	D9222, D9223		
Intravenosa (anestesia):	Cubierta con una cirugía bucal	0%	100%
Detalles:	D9239, D9243		

*** Algunos servicios dentro de esta categoría pueden requerir autorización previa.**

EXCLUSIONES DE LOS BENEFICIOS

El plan no cubre los beneficios para:

- (1) Tratamientos de lesiones o enfermedades cubiertas por las leyes sobre accidentes de trabajo o responsabilidad patronal; servicios recibidos sin costo por parte de cualquier organismo federal, estatal o local, a menos que esta exclusión esté prohibida por la ley.
- (2) Cirugías cosméticas o procedimientos por razones meramente cosméticas.
- (3) Prótesis maxilofaciales.
- (4) Restauraciones provisionales o temporales. Las restauraciones provisionales o temporales no son procedimientos que se paguen por separado y se incluyen en el cargo del servicio completo.
- (5) Servicios para malformaciones congénitas (hereditarias) o del desarrollo (posteriores al nacimiento), que incluyen, entre otras, paladar hendido, malformaciones de la mandíbula superior e inferior, hipoplasia del esmalte (falta de desarrollo), fluorosis (un tipo de decoloración de los dientes) y anodoncia (falta de dientes de forma congénita).
- (6) Tratamientos para estabilizar los dientes, tratamientos para restaurar la estructura dental perdida por desgaste, erosión o abrasión o tratamientos para reconstruir o mantener las superficies de masticación debido a dientes desalineados u ocluidos. Algunos ejemplos incluyen, pero no se limitan a: equilibrio, ferulización periodontal, ajuste oclusal completo, férulas de descarga o protectores oclusales y abfracción.
- (7) Cualquier procedimiento único proporcionado antes de la fecha en la que el miembro se volvió elegible para recibir servicios bajo este plan.
- (8) Medicamentos recetados, medicamentos, analgésicos, agentes antimicrobianos, o procedimientos experimentales o de investigación.
- (9) Cargos por anestesia, excepto la anestesia general y la sedación intravenosa (IV, por sus siglas en inglés) administradas por un dentista en relación con una cirugía bucal cubierta o con procedimientos quirúrgicos de endodoncia y periodoncia seleccionados. La anestesia local y la anestesia regional o por bloqueo del trigémino no son procedimientos que se paguen por separado.
- (10) Injertos extraorales (injertos de tejidos obtenidos del exterior de la boca para colocarlos en los tejidos bucales).
- (11) Implantes provisionales e implante endoóseo de endodoncia.
- (12) Incrustaciones inlay u onlay a base de resina fabricadas indirectamente.
- (13) Cargos de cualquier hospital u otro centro quirúrgico o de tratamiento y todo cargo adicional cobrado por el dentista para el tratamiento en dicho centro.

- (14) tratamiento realizado por alguien que no sea un dentista o una persona que por ley puede trabajar bajo la supervisión directa de un dentista.
- (15) Los cargos incurridos por instrucción sobre higiene bucal, los programas de control de la placa, los programas de control preventivo, incluidos los tiempos de atención domiciliaria, la instrucción alimenticia, la duplicación de radiografías, las pruebas de detección de cáncer o la orientación sobre el tabaco.
- (16) Servicios administrativos de la práctica dental que incluyen, entre otros, la elaboración de las reclamaciones, cualquier fase de la odontología que no sea parte de un tratamiento, como la provisión de un ambiente antiséptico, la esterilización del equipo o el control de infecciones, o cualquier material auxiliar utilizado durante el transcurso habitual de un tratamiento, como hisopos, gasas, baberos, mascarillas o técnicas de relajación como la música.
- (17) Procedimientos que tengan un pronóstico dudoso con base en la revisión profesional que haga un especialista dental de la documentación presentada.
- (18) Cualquier impuesto gravado (o incurrido) por un gobierno, estado u otra entidad, en relación con cualquier cargo que se haga por los beneficios proporcionados bajo el plan, será la responsabilidad del miembro y no será un beneficio cubierto.
- (19) Deducibles, cantidades que superen los límites máximos del plan o cualquier servicio que no esté cubierto bajo el plan dental.
- (20) Servicios cubiertos bajo el plan dental, pero que excedan las limitaciones de beneficios o no cumplan las políticas de procesamiento vigentes en el momento en el que se procese la reclamación.
- (21) Servicios para el tratamiento ortodóntico (tratamiento por maloclusión de dientes o mandíbulas) con excepción de lo estipulado en la sección de beneficios ortodónticos.
- (22) Servicios para cualquier perturbación de las articulaciones temporomandibulares (mandíbula) (TMJ) o los músculos, nervios y otros tejidos asociados, excepto lo estipulado en la sección de beneficios de la TMJ.
- (23) Servicios para implantes (aparatos protésicos colocados en el hueso de la mandíbula superior o inferior o sobre éste para retener o dar soporte a la prótesis dental), su extracción u otros procedimientos asociados.
- (24) Servicios no incluidos en el programa de beneficios.
- (25) Citas perdidas o canceladas.