

¡Tener una sonrisa sana es ahoramás fácil con nues tro beneficio dental!!

Como miembro de Molina Dual Options MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan), usted recibe el beneficio adicional de obtener servicios dentales complementarios. Usar este beneficio es tan fácil como decir A B C.

ACCESO

¿Cómo obtengo acceso al beneficio?



Molina Healthcare ofrece a los miembros de Molina Dual Options MyCare Ohio el beneficio de recibir servicios dentales preventivos y exhaustivos. Dichos servicios solo están disponibles cuando los prestan dentistas que formen parte de la red dental de Molina Dual Options MyCare Ohio. Si se atiende con un proveedor de servicios dentales que no forma parte de la red dental de Molina Dual Options MyCare Ohio, deberá pagar por la atención.

Para buscar un proveedor de servicios dentales de Molina Dual Options MyCare Ohio que le quede cerca, haga lo siguiente:

- Llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros

Cuando llame, el representante que lo atienda verificará que usted cumpla los requisitos y buscará un proveedor de servicios dentales de la red en su zona.

No hace falta que cuente con una derivación de su médico de atención primaria (PCP) para poder usar este beneficio.

BENEFICIO

¿En qué consiste el beneficio?



No hay un deducible ni máximo por año calendario para servicios dentales cubiertos por el plan.

Solo están cubiertos los procedimientos dentales cuyos códigos de la ADA se enumeran a continuación y cada servicio tiene un límite específico (p. ej., máximo permitido, cantidad de procedimientos o frecuencia de los servicios). Estos códigos pueden ser cambiados por la Asociación Dental Americana (ADA, por sus siglas en inglés) durante el año. Si tiene alguna pregunta sobre un código dental de ADA, por favor llame a nuestro departamento de servicios al beneficiario.

Tabla de servicios dentales complementarios cubiertos

Exámenes bucales –

Uno cada 6 meses

- D0120 – evaluación bucal periódica – paciente establecido

Ilimitado, según sea médicamente necesario

- D0140 – evaluación bucal limitada – enfocada en un problema

BENEFICIO

¿En qué consiste el beneficio?



Exámenes bucales continuación –

Una cada 5 años calendario por proveedor

- *D0150 – evaluación bucal exhaustiva – paciente nuevo o establecido*

Una por año calendario

- *D0180 – evaluación periodontal exhaustiva – paciente nuevo o establecido*

Radiografías dentales –

Una cada 60 meses; D0210 o D0330

- *D0210 – intrabucal – serie completa de imágenes radiográficas*

Doce cada 12 meses; 1 por fecha de servicio

- *D0220 – intrabucal – primera imagen radiográfica periapical*

Ocho cada 12 meses; 3 por fecha de servicio

- *D0230 – intrabucal – cada imagen adicional periapical*

Cuatro cada 12 meses; 2 por fecha de servicio

- *D0240 – intrabucal – imagen radiográfica oclusal*

Una cada 60 meses

- *D0250 – extrabucal – primera imagen radiográfica*

Una cada 6 meses

- *D0270 – interproximal – imagen radiográfica única*
- *D0272 – interproximales – dos imágenes radiográficas*
- *D0273 – interproximales – tres imágenes radiográficas*
- *D0274 – interproximales – cuatro imágenes radiográficas*

Una cada 60 meses; junto con D7899

- *D0321 – otras imágenes radiográficas de la articulación temporomandibular, por informe*

Una cada 60 meses; D0210 o D0330

- *D0330 – imagen radiográfica panorámica*

Una cada 12 meses

- *D0340 – imagen radiográfica cefalométrica*

Una cada 12 meses para todos los especialistas, excepto para cirujanos bucales
Cirujanos bucales – Tres cada 12 meses

- *D0350 – imágenes fotográficas bucales/faciales*

Dos cada 12 meses; una por arco

- *D0470 – imágenes diagnósticas de moldes*

Prevención (Limpiezas) –

Una cada 6 meses

- *D1110 – prevención – adulto*

Tratamiento con flúor –

1 cada 6 meses para miembros menores de 21 años; D1206 o D1208

- *D1206 – barniz de flúor tópico*
- *D1208 – aplicación tópica de flúor*

BENEFICIO

¿En qué consiste el beneficio?



Asesoramiento terapéutico sobre el uso de tabaco –

Dos cada 365 días

- *D1320 – asesoramiento terapéutico para dejar de consumir tabaco*

Otros servicios preventivos –

Seis de por vida

- *D1354 – aplicación de medicamento para detener provisionalmente el avance de las caries*

Mantenedores de espacio –

Uno por diente de por vida Máximo de 4 dientes; para miembros menores de 21

- *D1510 – mantenedor de espacio – fijo – unilateral*
- *D1516 – mantenedor de espacio – fijo bilateral, maxilar*
- *D1517 – mantenedor de espacio – fijo bilateral, mandibular*
- *D1520 – mantenedor de espacio – removible – unilateral*
- *D1526 – mantenedor de espacio, removible bilateral, maxilar*
- *D1527 – mantenedor de espacio, removible bilateral, mandibular*

Servicios de reparación (empastes) – reparación con amalgamas/ resinas por diente por superficie

Una cada 12 meses – empastes de amalgama (plateados)

- *D2140 – amalgama – una superficie, de leche o permanente*
- *D2150 – amalgama – dos superficies, de leche o permanentes*
- *D2160 – amalgama – tres superficies, de leche o permanentes*
- *D2161 – amalgama – cuatro o más superficies, de leche o permanentes*

Una cada 12 meses – empastes de compuesto de resina (color diente)

- *D2330 – compuesto de resina – una superficie, anterior*

Servicios de reparación (empastes) –

- *D2331 – compuesto de resina – dos superficies, anteriores*
- *D2332 – compuesto de resina – tres superficies, anteriores*
- *D2335 – compuesto de resina – cuatro o más superficies o que abarque el ángulo incisal*

Uno cada 60 meses para miembros menores de 21 años; por diente

- *D2390 – compuesto de resina – corona, anterior*

Uno cada 12 meses – empastes de compuesto de resina (color diente)

- *D2391 – compuesto de resina – una superficie, posterior*
- *D2392 – compuesto de resina – dos superficies, posteriores*
- *D2393 – compuesto de resina – tres superficies, posteriores*
- *D2394 – compuesto de resina – cuatro o más superficies, posteriores*

Servicios de reparación (coronas y reparación de coronas) –

Uno cada 60 meses, por paciente por diente anterior

- *D2740 – corona – sustratos de porcelana/cerámica*
- *D2751 – corona – fusión de porcelana con metal común*
- *D2752 – corona – fusión de porcelana con metal de alta nobleza*

BENEFICIO

¿En qué consiste el beneficio?



<p>Uno cada 36 meses, por diente para miembros menores de 21 años</p> <ul style="list-style-type: none">• D2930 – corona prefabricada de acero inoxidable – diente de leche <p>Uno cada 50 meses, por diente</p> <ul style="list-style-type: none">• D2931 – corona prefabricada de acero inoxidable – diente permanente <p>Uno cada 36 meses, por diente anterior para miembros menores de 21 años</p> <ul style="list-style-type: none">• D2933 – corona prefabricada de acero inoxidable con ventana de resina <p>Uno cada 36 meses, por diente para miembros menores de 21 años</p> <ul style="list-style-type: none">• D2934 – corona prefabricada de acero – diente de leche <p>Un D2950 por diente de por vida</p> <ul style="list-style-type: none">• D2950 – construcción de muñón, incluidos clavos <p>Tres D2951 por diente de por vida</p> <ul style="list-style-type: none">• D2951 – retención de clavos – por diente, además de la restauración <p>Uno cada 50 meses, por diente anterior</p> <ul style="list-style-type: none">• D2952 – perno y muñón además de corona; fabricados indirectamente• D2954 – perno y muñón prefabricados, además de coronan
<p>Pulpotomía –</p> <p>Una por diente de por vida para miembros menores de 21 años</p> <ul style="list-style-type: none">• D3220 – pulpotomía terapéutica
<p>Endodoncia (tratamientos de conducto) –</p> <p>Una por diente de por vida</p> <ul style="list-style-type: none">• D3310 – tratamiento endodóntico, diente anterior (excluida la reparación final)• D3320 – tratamiento endodóntico, premolar (excluida la reparación final)• D3330 – tratamiento endodóntico, molar (excluida la reparación final) <p>Una por diente de por vida</p> <ul style="list-style-type: none">• D3351 – apexificación/recalcificación – visita inicial• D3352 – apexificación/recalcificación – atención intermedia• D3353 – apexificación/recalcificación – visita final• D3410 – apicoectomía – anterior
<p>Periodoncia –</p> <p>Una cada 24 meses, por cuadrante por paciente</p> <ul style="list-style-type: none">• D4210 – gingivectomía o gingivoplastia – cuatro o más dientes contiguos• D4211 – gingivectomía o gingivoplastia – de uno a tres dientes contiguos

BENEFICIO

¿En qué consiste el beneficio?



Limpiezas profundas –

Una cada 24 meses, por cuadrante por paciente

- *D4341 – raspado y alisado periodontal – cuatro dientes o más*
- *D4342 – raspado y alisado periodontal – de uno a tres dientes*

Uno cada 12 meses

- *D4910 – mantenimiento periodontal*

Dentaduras postizas –

Una cada 96 meses

- *D5110 – dentadura postiza completa – maxilar*
- *D5120 – dentadura postiza completa – mandibular*

Una cada 96 meses para miembros menores de 19 años

- *D5211 – dentadura postiza parcial maxilar – base de resina*
- *D5212 – dentadura postiza parcial mandibular – base de resina*

Se cubre cada 96 meses

- *D5213 – dentadura postiza parcial maxilar – estructura metálica colada con bases dentales de resina, incluidos materiales de retención/sujeción, apoyos y dientes*
- *D5214 – dentadura postiza parcial mandibular – estructura metálica colada con bases dentales de resina, incluidos materiales de retención/sujeción, apoyos y dientes*

Una cada 36 meses

- *D5511 – reparación de base de dentadura postiza completa rota, mandibular*
- *D5512 – reparación de base de dentadura postiza completa rota, maxilar*

Una por diente permanente, cada 24 meses

- *D5520 – reemplazo de dientes rotos o faltantes – dentadura postiza completa (cada diente)*

Una cada 36 meses

- *D5611 – reparación de base de dentadura postiza parcial de resina, mandibular*
- *D5612 – reparación de base de dentadura postiza parcial de resina, maxilar*
- *D5621 – reparación de estructura colada parcial, mandibular*
- *D5622 – reparación de estructura colada parcial, maxilar*

Una cada 24 meses

- *D5630 – reparación o reemplazo de broches rotos*

Una por diente permanente, cada 24 meses Máximo de 8 dientes

- *D5640 – reemplazo de dientes rotos – por diente*
- *D5650 – adición de diente a dentadura postiza parcial existente*

BENEFICIO

¿En qué consiste el beneficio?



Dentaduras postizas continuación –

Una cada 24 meses

- *D5660 – adición de broche a dentadura postiza parcial existente*

Una cada 48 meses

- *D5750 – revestimiento de dentadura postiza maxilar completa (laboratorio)*
- *D5751 – revestimiento de dentadura postiza mandibular completa (laboratorio)*
- *D5760 – revestimiento de dentadura postiza parcial maxilar (laboratorio)*
- *D5761 – revestimiento de dentadura postiza parcial mandibular (laboratorio)*

Dos por dentadura, solo junto con D5211-D5214. Se requiere una dentadura aprobada para la autorización

- *D5899 – procedimiento de prostodoncia removible no especificado, por informe*

Prótesis (reemplazos artificiales) –

Una cada 96 meses

- *D5913 – prótesis nasales*
- *D5915 – prótesis orbitales*
- *D5916 – prótesis oculares*
- *D5931 – prótesis de obturador, quirúrgica*
- *D5932 – prótesis de obturador, definitiva*

Prótesis (reemplazos artificiales) –

Una de por vida

- *D5934 – prótesis por resección mandibular con brida guía*
- *D5935 – prótesis por resección mandibular sin brida guía*
- *D5955 – prótesis de elevación del paladar, definitiva*

Una cada 96 meses para miembros menores de 21 años o más

- *D5999 – prótesis maxilofacial no especificada, por informe*

Extracciones simples – Ilimitadas, según sea médicamente necesario

- *D7140 – extracción – diente erupcionado o raíz expuesta*

Cirugía bucal –

Una por diente de por vida

- *D7210 – extracción quirúrgica*
- *D7220 – extracción de diente impactado – tejido blando*
- *D7230 – extracción de diente impactado – parcialmente ósea*
- *D7240 – extracción de diente impactado – completamente ósea*
- *D7241 – extracción de diente impactado – completamente ósea, complicaciones quirúrgicas*
- *D7250 – extracción quirúrgica de diente residual (procedimiento de corte)*

BENEFICIO

¿En qué consiste el beneficio?

B

Cirugía bucal continuación –

Cuatro de por vida

- *D7260 – cierre de fístula oroantral*

Una por diente de por vida

- *D7270 – reimplantación o estabilización de diente accidentalmente avulsionado/desplazado*

Una por diente permanente de por vida

- *D7280 – acceso quirúrgico a un diente retenido*

Uno por diente permanente de por vida para miembros menores de 21 años; junto con D7280

- *D7283 – colocación de dispositivo para facilitar la erupción de un diente impactado*

Una cada 12 meses

- *D7285 – biopsia por incisión de tejido bucal – duro (hueso, diente)*
- *D7286 – biopsia por incisión de tejido bucal – blando*

Una por cuadrante de por vida

- *D7310 – alveoloplastia junto con extracciones – cuatro dientes o más*
- *D7320 – alveoloplastia sin extracciones – cuatro dientes o más*

Una cada 12 meses

- *D7450 – extirpación de quiste o tumor odontogénico benigno – diám. de hasta 1,25 cm*
- *D7451 – extirpación de quiste o tumor odontogénico benigno – diám. superior a 1,25 cm*
- *D7460 – extirpación de quiste o tumor no odontogénico benigno – diám. de hasta 1,25 cm*
- *D7461 – extirpación de quiste o tumor no odontogénico benigno – diám. superior a 1,25 cm*

Uno por paciente por arco de por vida

- *D7471 – extirpación de exostosis lateral (maxilar o mandibular)*
- *D7472 – extirpación de rodete palatino*

Uno por paciente por cuadrante de por vida

- *D7473 – extirpación de rodete mandibular*

Una cada 12 meses

- *D7510 – incisión y drenaje de absceso – tejido blando intrabucal*
- *D7520 – incisión y drenaje de absceso – tejido blando extrabucal*

Ilimitado, según sea médicamente necesario

- *D7670 – alvéolo – reducción cerrada*
- *D7671 – alvéolo – reducción abierta*

BENEFICIO

¿En qué consiste el beneficio?



Cirugía bucal continuación –

Tres de por vida

- *D7960 – frenulectomía – también denominada frenectomía o frenotomía – intervención por separado*

Una por arco de por vida

- *D7970 – escisión de tejido hiperplásico – por arco*

Una cada 12 meses

- *D7899 – tratamiento temporomandibular no especificado, por informe*

Ortodoncia (aparatos) –

Un curso de tratamiento de ortodoncia de por vida para miembros menores de 21 años

- *D8080 – tratamiento de ortodoncia exhaustivo de la dentición adolescente*

Un aparato por arco cada 60 meses

- *D8210 – tratamiento con aparatos removibles*

Uno de por vida

- *D8220 – tratamiento con aparatos fijos*

Siete trimestralmente de por vida para miembros menores de 21 años

- *D8670 – visita periódica de tratamiento de ortodoncia*

Dos cubiertas de por vida, una por arco para miembros menores de 21 años

- *D8680 – retención de ortodoncia (extracción de aparatos y colocación de retenedores)*

Una de por vida para miembros menores de 21 años

- *D8999 – procedimiento de ortodoncia no especificado, por informe*

Sedación –

Un servicio por día, no combinable con ningún otro servicio enumerado en esta categoría

- *D9222 – sedación profunda/anestesia general*
- *D9223 – sedación profunda/anestesia general*
- *D9239 – sedación intravenosa moderada (consciente)/analgesia*
- *D9243 – sedación intravenosa*

BENEFICIO

¿En qué consiste el beneficio?



Otros servicios –

Un servicio por día, no combinable con ningún otro servicio enumerado en esta categoría

- D9610 – medicamento parenteral terapéutico, administración única
- D9612 – medicamentos parenterales terapéuticos, dos o más administraciones, medicamentos diferentes

Limitado a procedimientos que requieran hospitalización

- D9999 – procedimiento adyuvante no especificado, por informe

Algunos servicios dentales complementarios cubiertos requieren autorización previa. Su proveedor de la red de Molina Dual Options MyCare Ohio se encargará de cualquier autorización requerida por el plan.

CONTACTO

¿Cómo me comunico con Servicios para miembros?



Recuerde que debe usar un proveedor de la red de Molina Dual Options MyCare Ohio. Si necesita asistencia, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros.

Servicios para miembros de Molina Dual Options MyCare Ohio

Teléfono del Departamento de Servicios para Miembros	(855) 665-4623; TTY: 711
Horario de atención del Departamento de Servicios para Miembros	lunes a viernes; de 8 a. m. a 8 p. m., hora local
Sitio web	MolinaHealthcare.com/Duals

Usted será responsable de pagar cualquier servicio dental recibido de un proveedor que no forme parte de la red de Molina Dual Options MyCare Ohio. En función de la necesidad clínica, es posible que no todos los procedimientos dentales recomendados por un dentista estén cubiertos por el plan. Para reducir al mínimo su responsabilidad económica, deberá solicitar al dentista que le proporcione un plan de tratamiento dental por escrito antes de permitir que comience a trabajar. Pida al dentista información pormenorizada sobre todos los costos: los que vaya a pagar el plan y los que usted tenga que pagar de su bolsillo. Los dentistas de la red de Molina Dual Options MyCare Ohio podrán cobrar tarifas usuales, razonables y corrientes por todos los servicios no cubiertos por su beneficio dental. Usted será responsable de pagar los procedimientos cuando se alcance la cobertura máxima para un servicio. Molina Dual Options MyCare Ohio Medicare-Medicaid Plan es un plan de atención de la salud que tiene contratos tanto con Medicare como con Medicaid de Ohio para brindar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas. Puede obtener gratuitamente este documento en otros formatos, tales como letra grande, braille o audio. Llame al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita.

Molina Healthcare cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, religión, género, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, recepción de atención médica, experiencia de reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica.