

¡Ahora es posible tener una sonrisa saludable con nuestro beneficio dental!

Como miembro del plan Molina Dual Options MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan), obtiene el beneficio de servicios dentales suplementarios. Usar este beneficio es tan fácil como el A-B-C.

ACCESO

¿Cómo puedo tener acceso al beneficio?



Molina Healthcare ofrece a los miembros de Molina Dual Options MyCare Ohio el beneficio de los servicios dentales preventivos e integrales. Estos servicios solo están disponibles cuando los proporcionan dentistas que forman parte de la red dental Molina Dual Options MyCare Ohio. Si recibe atención de un proveedor dental que no pertenece a la red dental Molina Dual Options MyCare Ohio deberá pagar por su propia atención.

Para encontrar un proveedor dental de Molina Dual Options MyCare Ohio cerca de usted:

- Llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros

Cuando llame, un representante verificará su elegibilidad y le buscará un proveedor de servicios dentales dentro de la red en su área.

No se requiere una remisión de su Médico de Atención Primaria (PCP) para este beneficio.

BENEFICIO

¿Cuál es el beneficio?



No hay deducible ni máximo por año natural para los servicios dentales cubiertos por el plan.

Solo los códigos de procedimientos dentales ADA enumerados a continuación están cubiertos y cada servicio tiene un límite específico (p. ej., asignación máxima, cantidad de procedimientos o frecuencia de los servicios).

Calendario de servicios dentales suplementarios cubiertos

Exámenes bucales –

Uno cada 6 meses

- D0120 – evaluación bucal periódica – paciente establecido

Ilimitado, según sea médicamente necesario

- D0140 – evaluación bucal limitada – centrada en el problema

Uno cada 5 años naturales por proveedor

- D0150 – evaluación bucal integral – paciente nuevo o establecido

Uno cada año natural

- D0180 – evaluación periodontal integral – paciente nuevo o establecido

Radiografías dentales –

Una cada 60 meses; D0210 y D0330

- D0210 – intraoral – serie completa de imágenes radiográficas

Doce cada 12 meses; 1 por fecha de servicio

- D0220 – intraoral – primera imagen radiográfica periapical

Ocho cada 12 meses; 3 por fecha de servicio

- D0230 – intraoral – periapical cada imagen adicional

Cuatro cada 12 meses; 2 por fecha de servicio

- D0240 – intraoral – imagen radiográfica oclusal

Una cada 60 meses

- D0250 – extraoral – primera imagen radiográfica



Estás en familia.



BENEFICIO

¿Cuál es el beneficio?

B

Continuación de radiografías dentales –

Una cada 6 meses

- D0270 – radiografía de mordida – una imagen radiográfica
- D0272 – radiografía de mordida – dos imágenes radiográficas
- D0273 – radiografía de mordida – tres imágenes radiográficas
- D0274 – radiografía de mordida – 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 y D0330

- D0330 – imagen radiografía panorámica

Una cada 12 meses

- D0340 – imagen radiográfica cefalométrica

Una cada 12 meses para todas las especialidades excepto cirujanos orales. Cirujanos orales: tres cada 12 meses

- D0350 – imágenes fotográficas orales/faciales

Dos cada 12 meses; una por arco

- D0470 – imágenes de diagnóstico de moldes

Profilaxis (limpiezas) – Dos por año

- D1110 – profilaxis – adultos

Tratamiento con fluoruro – 1 cada 6 meses para miembros menores de 21 años; D1206 o D1208

- D1206 – barniz de fluoruro tópico
- D1208 – aplicación tópica de fluoruro

Asesoramiento sobre el tabaco – Dos cada 365 días

- D1320 – asesoramiento para dejar de fumar

Otros servicios preventivos – Seis de por vida

- D1354 – solicitud provisional de medicamentos para detener la caries

Espaciadores – Para miembros menores de 21 años

Uno por diente de por vida. Máximo 4 dientes:

- D1510 – espaciador – fijo – unilateral
- D1515 – espaciador – fijo – bilateral
- D1520 – espaciador – extraíble – unilateral
- D1525 – espaciador – extraíble – bilateral

Servicios de restauración (empastes) – restauración de amalgama/resina por diente por superficie

Una cada 12 meses

- D2140–D2161 – empastes de amalgama (plata)
 - D2140 – restauraciones de amalgama – una superficie, primaria o permanente
 - D2150 – restauraciones de amalgama – dos superficies, primaria o permanente
 - D2160 – restauraciones de amalgama – tres superficies, primaria o permanente
 - D2161 – restauraciones de amalgama – cuatro o más superficies, primaria o permanente
- D2330–D2335 – empastes compuestos de resina (mismo color del diente)
 - D2330 – compuesto de resina – una superficie, anterior
 - D2331 – compuesto de resina – dos superficies, anteriores
 - D2332 – compuesto de resina – tres superficies, anteriores
 - D2335 – compuesto de resina – cuatro o más superficies o que involucre el ángulo incisal

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

- D2390 – compuesto de resina – corona, anterior

BENEFICIO

¿Cuál es el beneficio?

B

Continuación de servicios de restauración (empastes) – Uno cada 12 meses

- D2391 – D2394 – empastes compuestos de resina (mismo color del 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 restauración (coronas y reparaciones de corona) –

Una cada 60 meses por paciente por diente anterior

- D2740 – corona – porcelana/sustratos de cerámica
- D2751 – corona – porcelana fundida en metal común
- D2752 – corona – porcelana fundida en metal noble

Una cada 36 meses, por diente para miembros menores de 21 años

- D2930 – corona de acero inoxidable prefabricada – diente primario

Una cada 60 meses, por diente

- D2931 – corona de acero inoxidable prefabricada – diente permanente

Una cada 36 meses, por diente anterior para miembros menores de 21 años

- D2933 – corona prefabricada de acero inoxidable con carilla de resina

Una cada 36 meses, por diente para miembros menores de 21 años

- D2934 – corona de acero prefabricada – diente primario

Un D2950 por diente de por vida (con vigencia desde el 7/1/18)

- D2950 – reconstrucción de muñón incluyendo pernos

Tres D2951 por diente de por vida

- D2951 – retención de perno – por diente, además de la restauración

Uno cada 60 meses, por diente anterior

- D2952 – perno y muñón además de la corona, fabricados indirectamente
- D2954 – perno y muñón prefabricados, además de la corona

Pulpotomía – Una por diente de por vida para miembros menores de 21 años

- D3220 – pulpotomía terapéutica

Endodoncia (tratamientos de conducto) –

Una por diente de por vida:

- D3310 – terapia de endodoncia, diente anterior (sin incluir la restauración final)
- D3320 – terapia de endodoncia, diente bicúspide (sin incluir la restauración final)
- D3330 – terapia de endodoncia, molar (sin incluir la restauración final)

Una de por vida, por diente

- D3351 – apexificación/recalcificación – consulta inicial
- D3352 – apexificación/recalcificación – provisional
- D3353 – apexificación/recalcificación – consulta final
- D3410 – apicectomía – anterior

Periodoncia – Una cada 24 meses por cuadrante por paciente

- D4210 – gingivectomía o gingivoplastia – cuatro o más dientes contiguos
- D4211 – gingivectomía o gingivoplastia – de uno a tres dientes contiguos

Limpiezas profundas –

Uno cada 24 meses por cuadrante por paciente

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

Uno cada 12 meses

- D4910 – mantenimiento periodontal

BENEFICIO

¿Cuál es el beneficio?

B

Dentaduras postizas –

Cubiertas cada 96 meses

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

Cubiertas 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

Cubiertas cada 96 meses

- D5213 – dentadura postiza parcial maxilar – marco de metal fundido con bases de dentadura postiza de resina
- D5214 – dentadura postiza parcial mandibular – marco de metal fundido con bases de dentadura postiza de resina

Una cada 36 meses

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

Uno por diente permanente, cada 24 meses

- D5520 – reemplazo de diente faltante o diente roto – dentadura postiza completa (cada diente)

Una cada 36 meses

- D5611 – reparación de la base de resina de la dentadura postiza parcial, mandibular
- D5612 – reparación de la base de resina de la dentadura postiza parcial, maxilar
- D5621 – reparación del marco parcial fundido, mandibular
- D5622 – reparación del marco parcial fundido, maxilar

Dos cada 24 meses

- D5630 – reparación o reemplazo de retenedor roto

Una por diente permanente, cada 24 meses; máximo de 8 dientes

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

Una cada 24 meses

- D5660 – adición de retenedor a la dentadura postiza parcial existente

Uno cada 48 meses

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

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

- D5899 – procedimiento protodóntico removible no especificado, según informe

Prótesis (reemplazos artificiales) –

Uno cada 96 meses

- D5913 – prótesis nasal
- D5915 – prótesis orbital
- D5916 – prótesis ocular
- D5931 – prótesis obturadora, quirúrgica
- D5932 – prótesis obturadora, definitiva

Una vez de por vida

- D5934 – prótesis de resección mandibular con brida de guía
- D5935 – prótesis de resección mandibular sin brida de guía
- D5955 – prótesis de elevación palatina, definitiva

Una cada 96 meses para miembros mayores de 21 años

- D5999 – prótesis maxilofacial no especificada, según informe

BENEFICIO

¿Cuál es el beneficio?



Extracciones simples – Ilimitadas, según sean médicamente necesarias

- D7140 – extracción – diente erupcionado o raíz expuesta

Cirugía oral –

Una por diente de por vida

- D7210 – extracción quirúrgica
- D7220 – extracción de diente impactado – tejido blando
- D7230 – extracción de diente impactado – parcialmente osificado
- D7240 – extracción de diente impactado – completamente osificado
- D7241 – extracción de diente impactado – completamente osificado, complicaciones quirúrgicas poco frecuentes
- D7250 – extracción quirúrgica del diente residual (procedimiento con incisión)

Cuatro de por vida

- D7260 – cierre de fístula oroantral

Una de por vida, por diente

- D7270 – reimplantación o estabilización de un diente perdido/desplazado por un accidente

Uno por diente permanente de por vida

- D7280 – acceso quirúrgico de un diente no erupcionado

Una por diente permanente de por vida para miembros menores de 21 años, junto con D7280

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

Una cada 12 meses

- D7285 – biopsia incisional de tejido oral – duro (hueso, diente)
- D7286 – biopsia incisional de tejido oral – blando

Estos servicios están cubiertos

- D7310 – alveoplastia junto con extracciones – cuatro o más dientes
- D7320 – alveoplastia no en conjunto con las extracciones – cuatro o más dientes

Una cada 12 meses

- D7450 – extracción de quiste odontogénico o tumor benigno – diámetro de hasta 1.25 cm
- D7451 – extracción de quiste odontogénico o tumor benigno – diámetro mayor de 1.25 cm
- D7460 – extracción de quiste no-odontogénico o tumor benigno – diámetro de hasta 1.25 cm
- D7461 – extracción de quiste no-odontogénico o tumor benigno – diámetro mayor de 1.25 cm

Una de por vida por paciente, por arco

- D7471 – extracción de exostosis lateral – (maxilar o mandíbula)
- D7472 – extracción de torus palatino

Una de por vida por paciente, por cuadrante

- D7473 – extracción de torus mandibular

Una cada 12 meses

- D7510 – incisión y drenaje de absceso – tejido blando intraoral
- D7520 – incisión y drenaje de absceso – tejido blando extraoral

Ilimitadas, según sean médicamente necesarias

- D7670 – alveolo – reducción cerrada (con vigencia desde el 7/1/18)
- D7671 – alveolo – reducción abierta

Tres de por vida

- D7960 – frenulectomía – también conocida como frenectomía o frenotomía – procedimiento separado

Una vez por arco, de por vida

- D7970 – extirpación de tejido hiperplásico – por arco

Una cada 12 meses

- D7899 – terapia no especificada de trastorno de la articulación temporomandibular, según informe

BENEFICIO

¿Cuál es el beneficio?



Ortodoncia (frenillos) –

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

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

Un aparato por arco cada 60 meses

- *D8210 – terapia con aparato removible*

Una de por vida

- *D8220 – terapia con aparato fijo*

Siete por trimestre de por vida para miembros menores de 21 años

- *D8670 – consulta 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, colocación de retenedores)*

Uno de por vida para miembros menores de 21 años

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

Sedación – Un servicio por día, no en conjunto con ningún otro servicio incluido en esta categoría

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

Otros servicios –

Un servicio por día, no en conjunto con ningún otro servicio incluido en este grupo

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

Limitado a procedimientos que requieren hospitalización

- *D9999 – procedimiento complementario no especificado, según informe*

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

CONTACTO

¿Cómo me comunico con el Departamento de Servicios para Miembros?



Recuerde que debe utilizar un proveedor de la red Molina Dual Options MyCare Ohio. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Departamento de Servicios para Miembros de Molina Dual Options MyCare Ohio

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



Estás en familia.

MyCareOhio
Connecting Medicare + Medicaid

Usted es responsable por el pago de cualquier servicio dental recibido por un proveedor dental que no sea parte de la red Molina Dual Options MyCare Ohio.

Según la necesidad clínica, puede que no todos los procedimientos dentales recomendados por un dentista estén cubiertos por el plan. Para minimizar su deuda financiera, necesitará solicitar al dentista un plan de tratamiento dental por escrito antes de aceptar cualquier trabajo. Pídale al dentista que detalle todos los costos: lo que pagará el plan y lo que usted tendrá que pagar de su propio bolsillo.

Los dentistas de la red Molina Dual Options MyCare Ohio pueden cobrar honorarios habituales, razonables y comunes por todos los servicios no cubiertos por su beneficio dental. Usted es responsable por el pago de los procedimientos cuando se llega a la máxima cobertura para ese servicio.

Molina Dual Options MyCare Ohio Medicare-Medicaid Plan es un plan de salud con contratos tanto con Medicare como con Ohio Medicaid para proporcionar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas.

Puede solicitar este documento sin costo alguno en otros formatos, como en sistema braille, audio o en letras grandes. Llame al (855) 665-4623, TTY/TDD: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita.

Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones. Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros Molina Dual Options MyCare Ohio o consulte el manual del miembro de Molina Dual Options MyCare Ohio. Los beneficios y/o copagos pueden cambiar a partir del 1.º de enero de cada año.

La Lista de Medicamentos Cubiertos o las redes de farmacias y proveedores pueden cambiar durante todo el año. Le avisaremos antes de realizar un cambio que lo afecte.



Estás en familia.



Molina Healthcare (Molina) complies with all Federal civil rights laws that relate to healthcare services. Molina offers healthcare services to all members without regard to race, color, national origin, age, disability, or sex. Molina does not discriminate based on race, color, national origin, age, disability, or sex. This includes gender identity, pregnancy and sex stereotyping.

To help you talk with us, Molina provides services free of charge:

- Aids and services to people with disabilities
 - Skilled sign language interpreters
 - Written material in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, Braille)
- Language services to people who speak another language or have limited English skills
 - Skilled interpreters
 - Written material translated in your language
 - Material that is simply written in plain language

If you need these services, contact Molina Member Services at (855) 665-4623; TTY/TDD: 711, Monday - Friday, 8 a.m. to 8 p.m., local time.

If you think that Molina failed to provide these services or discriminated based on your race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a complaint. You can file a complaint in person, by mail, fax, or email. If you need help writing your complaint, we will help you. Call our Civil Rights Coordinator at (866) 606-3889, or TTY, 711. Mail your complaint to:

Civil Rights Coordinator
200 Oceangate
Long Beach, CA 90802

You can also email your complaint to civil.rights@molinahealthcare.com. Or, fax your complaint to (562) 499-0610.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights. Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. You can mail it to:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

You can also send it to a website through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

If you need help, call 1-800-368-1019; TTY 800-537-7697.



Your Extended Family

MyCareOhio
Connecting Medicare + Medicaid

English

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-665-4623 (TTY: 711).

Spanish

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-665-4623 (TTY: 711).

Chinese

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-665-4623 (TTY : 711)。

German

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-665-4623 (TTY: 711).

Arabic

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-665-4623 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

Pennsylvania Dutch

Wann du Deitsch Pennsylvania German schwetzsch, kannscht du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helft mit die englisch Schprooch. Ruf selli Nummer uff: Call 1-855-665-4623 (TTY: 711).

Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-665-4623 (телетайп: 711).

French

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-665-4623 (ATS: 711).

Vietnamese

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-665-4623 (TTY: 711).

Cushite (Oromo language)

XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-855-665-4623 (TTY: 711).

Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-665-4623 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Italian

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-855-665-4623 (TTY: 711).

Japanese

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-665-4623（TTY: 711）まで、お電話にてご連絡ください。

Dutch

AANDACHT: Als u nederlands spreekt, kunt u gratis gebruikmaken van de taalkundige diensten. Bel 1-855-665-4623 (TTY: 711).

Ukrainian

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-855-665-4623 (телетайп: 711).

Romanian

ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-855-665-4623 (TTY: 711).

Somali

FIIRO GAAR AH: Hadii aad ku hadasho Ingiriisiga, adeega kaalmada luuqada, oo bilaa lacag ah, ayaa kuu diyaar ah. Lahadal 1-855-665-4623 (TTY: 711).

Nepali

ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-855-665-4623 (टिटिवाइ: 711) ।

Portuguese

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-855-665-4623 (TTY: 711).

French Creole

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-855-665-4623 (TTY: 711).

Polish

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-855-665-4623 (TTY: 711).

Hindi

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-665-4623 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-665-4623 (TTY: 711).