

2026



*Abriendo el camino hacia un
cuidado de excelencia.™*



Manual dental

Elderplan Flexible (HMO-POS)

Año de beneficios 2026

Introducción al Manual dental de Elderplan para Elderplan Flexible (HMO-POS)

Año de beneficios 2026

En Elderplan, sabemos que cuidar sus dientes y encías es esencial para la salud y el bienestar general. La clave para mantener una buena higiene bucal es realizar consultas con regularidad al dentista, incluso si usa dentadura postiza. A medida que envejecemos, nuestras necesidades de salud bucal cambian de forma natural, lo que requiere distintos tipos de cuidado y atención. Durante un examen dental, su dentista revisa aspectos como caries, enfermedad de las encías, dentaduras postizas mal ajustadas, llagas en la boca, infecciones e incluso signos de cáncer oral. De hecho, su salud bucal a veces puede mostrar signos tempranos de otras afecciones de salud, como la diabetes.

Por eso, Elderplan Flexible ofrece cobertura dental a través de DentaQuest, lo que le brinda acceso a una amplia red de dentistas y especialistas con experiencia listos para apoyar sus necesidades de salud bucal. Cada proveedor participante de DentaQuest pasa por un proceso exhaustivo de acreditación para ayudar a garantizar que usted reciba atención segura y de alta calidad. También tiene la flexibilidad de ver a cualquier dentista dentro de la red o fuera de la red, lo que le da más control sobre dónde recibe la atención.

Este manual incluye el Resumen de beneficios dentales para el año del plan 2026. Explica qué servicios dentales están cubiertos, qué costos pueden ser responsabilidad suya y qué pasos importantes debe seguir al recibir atención dental.

Los servicios preventivos y de diagnóstico, como exámenes dentales, limpiezas y radiografías, están totalmente cubiertos por Medicaid (pueden aplicar algunas limitaciones y exclusiones). Estos servicios ayudan a mantener una buena higiene bucal y permiten detectar problemas dentales de forma temprana, lo que facilita prevenirlos o tratarlos antes de que se vuelvan graves. Para ayudar a que sus consultas dentales sean más fáciles, asegúrese de llevar su tarjeta de beneficios de Medicaid y su tarjeta de identificación de miembro de Elderplan a cada cita.

Ayuda para pagar la atención dental con su Tarjeta Flex

Su Tarjeta Flex puede ayudar a reducir los gastos no cubiertos de la atención dental, incluidos gastos de proveedores fuera de la red que excedan lo que cubre su plan. Cuando vaya al dentista, lleve su Tarjeta Flex. Utilice primero su beneficio dental y, luego, su Tarjeta Flex para pagar los gastos no cubiertos tanto en los proveedores de la red como en los que están fuera de ella. Puede utilizar su Tarjeta Flex en cualquier proveedor que acepte Visa.

Para consultar el saldo actual de su Tarjeta Flex, visite mybenefitscenter.com o llame al 1-833-684-8472. El número también se encuentra en el reverso de su Tarjeta OTC + Flex.

Conozca sus costos dentales antes de recibir atención

Ya sea que visite a un dentista dentro o fuera de la red, le recomendamos encarecidamente que solicite un estimado de cobertura en tiempo real de DentaQuest antes de que se presten los servicios. Esto le ayuda a comprender los posibles gastos no cubiertos por adelantado. Tenga en cuenta que acudir a un dentista fuera de la red podría implicar costos más altos, ya que es posible que deba pagar la diferencia entre lo que cubre su plan y lo que cobra el dentista.

Si necesita ayuda para solicitar un estimado de cobertura en tiempo real, los dentistas deben comunicarse directamente con DentaQuest.

Departamento de Servicio al Cliente de DentaQuest

DentaQuest se compromete a brindar beneficios dentales de alta calidad y un servicio útil al cliente. Los representantes de servicio al cliente están disponibles para responder sus preguntas y ayudarlo a entender y utilizar sus beneficios dentales.

Puede comunicarse con el Departamento de Servicios al Cliente de DentaQuest al 1-844-797-3818 (TTY: 711).

Horario de atención: estamos disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Pueden ayudarle con lo siguiente:

- Preguntas sobre los beneficios dentales cubiertos.
- Encontrar un dentista.
- Verificar si su dentista está dentro o fuera de la red.
- Obtener información sobre atención dental de urgencia cuando esté de viaje.

Cómo se toman las decisiones de cobertura dental

Sus beneficios dentales están diseñados para cubrir servicios que sean adecuados para su afección dental específica y para restaurar o mantener la función dental normal. Las decisiones de cobertura se basan en la afección clínica del diente o área en tratamiento, no solo en el nombre del procedimiento.

Para tomar una decisión, podemos revisar lo siguiente:

- Radiografías e imágenes de diagnóstico
- Notas clínicas y planes de tratamiento
- La salud general y estabilidad de los dientes afectados y las estructuras circundantes
- Si se espera que el servicio solicitado ofrezca resultados efectivos a largo plazo

Es posible que se le pida a su dentista que proporcione registros clínicos o documentación adicional si se necesita más información.

Cuándo la cobertura puede ser limitada o denegada

Aunque muchos servicios dentales están cubiertos, la cobertura puede ser limitada o denegada en los siguientes casos:

- La información presentada no muestra que el servicio sea médicamente necesario o clínicamente adecuado
- El estado del diente o de las estructuras bucales no respalda el tratamiento solicitado
- No se espera que el servicio solicitado sea efectivo o duradero según su afección dental

- Existe una opción de tratamiento diferente que se ajusta mejor a sus necesidades
- La solicitud no cumple con los límites de beneficios, reglas de frecuencia u otros requisitos de cobertura del plan
- Faltan formularios, documentación o registros de respaldo requeridos o están incompletos

Estas decisiones se toman de acuerdo con las pautas de cobertura del Plan y los estándares de revisión clínica.

Opciones de tratamiento alternativas

En algunas situaciones, un tratamiento dental alternativo puede ser más adecuado para su condición. Si esto ocurre, sucederá lo siguiente:

- Se explicará la razón de la alternativa
- La cobertura se evaluará según sus beneficios y necesidades dentales
- Su dentista puede hablar con usted sobre otras opciones de tratamiento disponibles

Comprender una denegación dental

Si se deniega un servicio dental solicitado, su notificación de decisión le explicará lo siguiente:

- Por qué no se aprobó el servicio
- Qué información clínica o de respaldo fue revisada
- Si puede haber otra opción cubierta disponible

Usted siempre tiene derecho a apelar una decisión de cobertura dental si no está de acuerdo.

Tres formas de encontrar un dentista participante en su área:

1. Ingrese en www.elderplan.org/dental-benefits/
2. Llame al Departamento de Servicios al Cliente de DentaQuest al 1-844-797-3818 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
3. Copia impresa del Directorio de proveedores

También puede solicitar una copia impresa del Directorio de proveedores llamando a Servicios para los Miembros de Elderplan, pero tenga en cuenta que, como siempre estamos agregando nuevos proveedores a la red, le recomendamos usar la herramienta de búsqueda en línea, ya que tendrá la información más actualizada.

Atención de urgencia (fuera del área)

Si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de Elderplan Flexible y necesita atención dental de urgencia, aún tiene cobertura para ciertos servicios. La atención urgente se refiere al tratamiento de problemas dentales inesperados que no pueden esperar hasta que regrese a su hogar, especialmente cuando se necesita para evitar problemas graves en su salud dental.

En estas situaciones, su plan puede reembolsar el tratamiento paliativo —atención que ayuda a aliviar el dolor, pero no resuelve el problema subyacente— hasta un monto determinado. Para obtener más detalles sobre qué está cubierto y cuánto puede ser reembolsado, consulte su Resumen de beneficios dentales.

Servicios dentales integrales cubiertos por Medicare dentro de la red

Usted paga un coseguro del 20% por los beneficios dentales cubiertos por Medicare dentro de la red.

Medicare pagará solo determinados servicios dentales que usted reciba mientras está en el hospital. Medicare puede pagar la atención para pacientes internados en un hospital si necesita un procedimiento de emergencia o procedimiento dental complicado.

¿Qué son los servicios cubiertos por Medicare?

Original Medicare (Partes A y B) NO cubre la atención dental de rutina, como limpiezas, empastes, coronas, dentaduras postizas o tratamientos de conducto.

- Solo cubre servicios dentales relacionados con una afección o procedimiento médico, por ejemplo:
 - Exámenes dentales antes de un trasplante de órgano o una cirugía cardíaca.
 - Tratamiento de fracturas de mandíbula.
 - Exámenes orales durante la hospitalización por ciertas afecciones.

Estos son casos limitados y médicamente necesarios, no atención preventiva ni de rutina.

Servicios dentales preventivos y de diagnóstico suplementarios combinados dentro y fuera de la red

¿Qué son los beneficios suplementarios?

Los beneficios suplementarios son beneficios adicionales ofrecidos por Elderplan que no están cubiertos por Original Medicare.

Servicios dentales preventivos y de diagnóstico suplementarios combinados dentro y fuera de la red

Los servicios dentales preventivos y de diagnóstico suplementarios están cubiertos tanto para proveedores dentro como fuera de la red. La cobertura se limita a códigos específicos de servicios dentales dentro de las categorías que se indican a continuación.

No se requiere coseguro ni copago para los siguientes servicios cubiertos:

- exámenes bucales
- limpiezas (profilaxis)
- tratamiento con flúor
- radiografías dentales

Servicios dentales integrales suplementarios combinados dentro y fuera de la red

Los servicios dentales integrales suplementarios están cubiertos tanto para proveedores dentro como fuera de la red. La cobertura se limita a códigos específicos de servicios dentales dentro de las categorías que se indican a continuación. La frecuencia de los beneficios puede estar limitada según las pautas de la Asociación Dental Estadounidense (ADA).

Usted paga un copago de \$0 para los servicios dentales integrales suplementarios de hasta \$2,500 por año, dentro y fuera de la red combinados.

- Servicios de restauración
- Servicios de endodoncia
- Servicios de periodoncia
- Servicios de prostodoncia, dentaduras fijas
- Prostodoncia removible
- Cirugía bucal y maxilofacial
- Servicios generales suplementarios
 - Los servicios dentales diagnósticos y preventivos no se aplican al máximo anual dentro y fuera de la red combinados.
 - Una vez agotado el límite de beneficios anuales de \$2,500 dentro y fuera de la red combinados, el miembro será responsable del costo total.

Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a cualquier máximo de beneficios, a las limitaciones o a las exclusiones dentro de la red.

Servicios dentales preventivos y de diagnóstico **suplementarios dentro de la red y fuera de la red combinados**

Código	Nombre del procedimiento	Limitaciones de frecuencia	Copago
Exámenes			
D0120	Evaluación bucal periódica: paciente establecido	1 (D0120, D0160, D0170) cada 6 meses	Copago de \$0
D0140	Evaluación oral limitada: centrada en el problema	Uno cada 6 meses, no permitido junto con servicios de rutina	Copago de \$0
D0150	Evaluación bucal integral: paciente nuevo o establecido	Una (D0120, D0150, D0180) cada 6 meses por proveedor o ubicación.	Copago de \$0
D0160	Evaluación oral detallada y extensa centrada en el problema, según informe	Una (D0120, D0160, D0170) cada 6 meses por paciente	Copago de \$0
D0170	Reevaluación, limitada, centrada en problema	Una (D0120, D0160, D0170) cada 6 meses por paciente	Copago de \$0
D0180	Evaluación periodontal integral: paciente nuevo o establecido	Una (D0120, D0150, D0180) cada 6 meses por proveedor o ubicación.	Copago de \$0
Radiografías dentales			
D0210	Intrabucal: serie completa de radiografías	Una (D0210, D0372) cada 36 meses por paciente	Copago de \$0
D0220	Intrabucal: primera radiografía periapical	Una (D0220) cada 12 meses	Copago de \$0

Código	Nombre del procedimiento	Limitaciones de frecuencia	Copago
D0230	Intrabucal: cada radiografía periapical adicional	Una (D0230) cada 12 meses	Copago de \$0
D0240	Intrabucal: radiografía oclusal	Una (D0240) cada 12 meses	Copago de \$0
D0250	Radiografía extrabucal	Una (D0250) cada 12 meses	Copago de \$0
D0270	Aleta de mordida: imagen radiográfica única	Una (D0270, D0272, D0273, D0274, D0373) cada 12 meses por paciente	Copago de \$0
D0272	Aletas de mordida: dos radiografías	Una (D0270, D0272, D0273, D0274, D0373) cada 12 meses por paciente	Copago de \$0
D0273	Aletas de mordida: tres radiografías	Una (D0270, D0272, D0273, D0274, D0373) cada 12 meses por paciente	Copago de \$0
D0274	Aletas de mordida: cuatro imágenes radiográficas	Una (D0270, D0272, D0273, D0274, D0373) cada 12 meses por paciente	Copago de \$0
D0277	Radiografía con aleta de mordida vertical: de 7 a 8 placas	Una (D0330, D0277) cada 12 meses por paciente	Copago de \$0
D0330	Imagen radiográfica panorámica	Una (D0330, D0277) cada 12 meses por paciente	Copago de \$0
D0340	Placa cefalométrica	Una (D0340) cada 12 meses	Copago de \$0

Código	Nombre del procedimiento	Limitaciones de frecuencia	Copago
D0350	Imágenes fotográficas orales/faciales	Una (D0350) cada 12 meses	Copago de \$0
D0372	Tomosíntesis intraoral: serie completa de imágenes radiográficas	Una (D0210, D0372) cada 36 meses por paciente	Copago de \$0 .
D0373	Tomosíntesis intraoral: imagen radiográfica de aleta de mordida	Una (D0270, D0272, D0273, D0274, D0373) cada 12 meses por paciente	Copago de \$0
D0374	Tomosíntesis intraoral: imagen radiográfica periapical	Una (D0374) cada 12 meses por paciente	Copago de \$0
D0387	Tomosíntesis intraoral: captura de imagen de serie integral	Con cobertura	Copago de \$0
D0388	Tomosíntesis intrabucal: captura de imagen de aleta de mordida	Con cobertura	Copago de \$0
D0389	Tomosíntesis intrabucal: captura de imagen periapical	Una (D0389) cada 12 meses por paciente	Copago de \$0
Profilaxis (limpieza)			
D1110	Profilaxis: adultos	Una (D1110, D4910) cada 6 meses por paciente	Copago de \$0

Código	Nombre del procedimiento	Limitaciones de frecuencia	Copago
Tratamiento con flúor			
D1206	Aplicación tópica de barniz de flúor	Una (D1206, D1208) cada 6 meses por paciente	Copago de \$0
D1208	Aplicación tópica de flúor, excluye el barniz	Una (D1206, D1208) cada 6 meses por paciente	Copago de \$0

Servicios dentales integrales suplementarios dentro y fuera de la red

Código	Nombre del procedimiento	Limitaciones de frecuencia	Copago
Servicios de restauración			
D2140	Amalgama: una superficie, primaria o permanente	Una (D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2390, D2391, D2392, D2393, D2394), una restauración por diente, por superficie, una vez cada 24 meses por paciente	Copago de \$0
D2150	Amalgama: dos superficies, primaria o permanente	Una (D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2390, D2391, D2392, D2393, D2394), una restauración por diente, por superficie, una vez cada 24 meses por paciente	Copago de \$0
D2160	Amalgama: tres superficies, primaria o permanente	Una (D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2390, D2391, D2392, D2393, D2394), una restauración por diente, por superficie, una vez cada 24 meses por paciente	Copago de \$0
D2161	Amalgama: cuatro o más superficies, primaria o permanente	Una (D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2390, D2391, D2392, D2393, D2394), una restauración por diente, por superficie, una vez cada 24 meses por paciente	Copago de \$0

Código	Nombre del procedimiento	Limitaciones de frecuencia	Copago
D2330	Compuesto a base de resina: una superficie, anterior	Una (D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2390, D2391, D2392, D2393, D2394), una restauración por diente, por superficie, una vez cada 24 meses por paciente	Copago de \$0
D2331	Compuesto a base de resina: dos superficies, anterior	Una (D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2390, D2391, D2392, D2393, D2394), una restauración por diente, por superficie, una vez cada 24 meses por paciente	Copago de \$0
D2332	Compuesto a base de resina: tres superficies, anterior	Una (D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2390, D2391, D2392, D2393, D2394), una restauración por diente, por superficie, una vez cada 24 meses por paciente	Copago de \$0
D2335	Compuesto a base de resina: cuatro o más superficies, o ángulo incisal, anterior	Una (D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2390, D2391, D2392, D2393, D2394), una restauración por diente, por superficie, una vez cada 24 meses por paciente	Copago de \$0

Código	Nombre del procedimiento	Limitaciones de frecuencia	Copago
D2390	Corona de compuesto a base de resina, anterior	Una (D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2390, D2391, D2392, D2393, D2394), una restauración por diente, por superficie, una vez cada 24 meses por paciente	Copago de \$0
D2391	Compuesto a base de resina: una superficie, posterior	Una (D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2390, D2391, D2392, D2393, D2394), una restauración por diente, por superficie, una vez cada 24 meses por paciente	Copago de \$0
D2392	Compuesto a base de resina: dos superficies, posterior	Una (D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2390, D2391, D2392, D2393, D2394), una restauración por diente, por superficie, una vez cada 24 meses por paciente	Copago de \$0
D2393	Compuesto a base de resina: tres superficies, posterior	Una (D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2390, D2391, D2392, D2393, D2394), una restauración por diente, por superficie, una vez cada 24 meses por paciente	Copago de \$0
D2394	Compuesto a base de resina: cuatro o más superficies, posterior	Una (D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2390, D2391, D2392, D2393, D2394), una restauración por diente, por superficie, una vez cada 24 meses por paciente	Copago de \$0

Código	Nombre del procedimiento	Limitaciones de frecuencia	Copago
D2510	Incrustación inlay: metálica, 1 superficie	Una (D2510, D2520, D2530, D2542, D2620, D2630, D2710, D2712, D2720, D2721, D2722, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2790, D2791, D2792), cada 60 meses por diente, por paciente	Copago de \$0
D2520	Incrustación inlay: metálica, 2 superficies	Una (D2510, D2520, D2530, D2542, D2620, D2630, D2710, D2712, D2720, D2721, D2722, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2790, D2791, D2792), cada 60 meses por diente, por paciente	Copago de \$0
D2530	Incrustación inlay: metálica, 3 superficies o más	Una (D2510, D2520, D2530, D2542, D2620, D2630, D2710, D2712, D2720, D2721, D2722, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2790, D2791, D2792), cada 60 meses por diente, por paciente	Copago de \$0
D2542	Restauración: metálica, 2 superficies	Una (D2510, D2520, D2530, D2542, D2620, D2630, D2710, D2712, D2720, D2721, D2722, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2790, D2791, D2792), cada 60 meses por diente, por paciente	Copago de \$0

Código	Nombre del procedimiento	Limitaciones de frecuencia	Copago
D2620	Incrustación inlay: porcelana/cerámica, 2 superficies	Una (D2510, D2520, D2530, D2542, D2620, D2630, D2710, D2712, D2720, D2721, D2722, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2790, D2791, D2792), cada 60 meses por diente, por paciente	Copago de \$0
D2630	Incrustación inlay: porcelana/cerámica, 3 superficies o más	Una (D2510, D2520, D2530, D2542, D2620, D2630, D2710, D2712, D2720, D2721, D2722, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2790, D2791, D2792), cada 60 meses por diente, por paciente	Copago de \$0
D2710	Corona: compuesto a base de resina (indirecto)	Una (D2510, D2520, D2530, D2542, D2620, D2630, D2710, D2712, D2720, D2721, D2722, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2790, D2791, D2792), cada 60 meses por diente, por paciente	Copago de \$0
D2712	Corona: $\frac{3}{4}$ de compuesto a base de resina (indirecto)	Una (D2510, D2520, D2530, D2542, D2620, D2630, D2710, D2712, D2720, D2721, D2722, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2790, D2791, D2792), cada 60 meses por diente, por paciente	Copago de \$0

Código	Nombre del procedimiento	Limitaciones de frecuencia	Copago
D2720	Corona: resina con metal muy noble	Una (D2510, D2520, D2530, D2542, D2620, D2630, D2710, D2712, D2720, D2721, D2722, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2790, D2791, D2792), cada 60 meses por diente, por paciente	Copago de \$0
D2721	Corona: resina con metal predominantemente base	Una (D2510, D2520, D2530, D2542, D2620, D2630, D2710, D2712, D2720, D2721, D2722, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2790, D2791, D2792), cada 60 meses por diente, por paciente	Copago de \$0
D2722	Corona: resina con metal noble	Una (D2510, D2520, D2530, D2542, D2620, D2630, D2710, D2712, D2720, D2721, D2722, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2790, D2791, D2792), cada 60 meses por diente, por paciente	Copago de \$0
D2740	Corona: porcelana/cerámica	Una (D2510, D2520, D2530, D2542, D2620, D2630, D2710, D2712, D2720, D2721, D2722, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2790, D2791, D2792), cada 60 meses por diente, por paciente	Copago de \$0

Código	Nombre del procedimiento	Limitaciones de frecuencia	Copago
D2750	Corona: porcelana fundida a metal muy noble	Una (D2510, D2520, D2530, D2542, D2620, D2630, D2710, D2712, D2720, D2721, D2722, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2790, D2791, D2792), cada 60 meses por diente, por paciente	Copago de \$0
D2751	Corona: porcelana fundida a metal predominantemente base	Una (D2510, D2520, D2530, D2542, D2620, D2630, D2710, D2712, D2720, D2721, D2722, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2790, D2791, D2792), cada 60 meses por diente, por paciente	Copago de \$0
D2752	Corona: porcelana fundida a metal noble	Una (D2510, D2520, D2530, D2542, D2620, D2630, D2710, D2712, D2720, D2721, D2722, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2790, D2791, D2792), cada 60 meses por diente, por paciente	Copago de \$0
D2753	Corona: porcelana fundida a titanio y aleaciones de titanio	Una (D2510, D2520, D2530, D2542, D2620, D2630, D2710, D2712, D2720, D2721, D2722, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2790, D2791, D2792), cada 60 meses por diente, por paciente	Copago de \$0

Código	Nombre del procedimiento	Limitaciones de frecuencia	Copago
D2790	Corona: metal muy noble completamente fundido	Una (D2510, D2520, D2530, D2542, D2620, D2630, D2710, D2712, D2720, D2721, D2722, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2790, D2791, D2792), cada 60 meses por diente, por paciente	Copago de \$0
D2791	Corona: metal predominantemente base completamente fundido	Una (D2510, D2520, D2530, D2542, D2620, D2630, D2710, D2712, D2720, D2721, D2722, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2790, D2791, D2792), cada 60 meses por diente, por paciente	Copago de \$0
D2792	Corona: metal noble completamente fundido	Una (D2510, D2520, D2530, D2542, D2620, D2630, D2710, D2712, D2720, D2721, D2722, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2790, D2791, D2792), cada 60 meses por diente, por paciente	Copago de \$0
D2910	Nuevo cementado o reconstitución: incrustación, restauración o carilla o restauración de cobertura parcial	Una vez cada 6 meses por diente	Copago de \$0
D2920	Recementado o reconstitución de corona	Una vez cada 6 meses por diente	Copago de \$0

Código	Nombre del procedimiento	Limitaciones de frecuencia	Copago
D2921	Recolocación de un fragmento de una pieza dental	Una (D2921) cada 6 meses por paciente	Copago de \$0
D2930	Corona de acero inoxidable prefabricada: diente principal	Una (D2930) cada 60 meses por paciente	Copago de \$0
D2931	Corona de acero inoxidable prefabricada: diente permanente	Una (D2931) cada 60 meses por paciente	Copago de \$0
D2951	Retención de espiga: por diente, además de la restauración	Una (D2951) cada 60 meses por diente, por paciente, cuando se factura junto con una restauración de resina o amalgama	Copago de \$0
D2952	Perno y base fundidos, además de corona	Una (D2950, D2952, D2954) cada 60 meses por diente, por paciente	Copago de \$0
D2953	Cada perno fundido adicional, mismo diente	Una vez cada 60 meses por diente cuando se factura junto con D2952	Copago de \$0
D2954	Perno y corona prefabricados, además de corona	Una (D2950, D2952, D2954) cada 60 meses por diente, por paciente	Copago de \$0
Servicios de endodoncia			
D3220	Pulpotomía terapéutica (excluida restauración final): extracción de la pulpa coronal en la unión dentinocemental y aplicación de medicamento	Uno por diente, de por vida, por paciente	Copago de \$0

Código	Nombre del procedimiento	Limitaciones de frecuencia	Copago
D3230	Terapia pulpar (empaste reabsorbible): diente anterior principal (excluida restauración final)	Uno por diente, de por vida	Copago de \$0
D3240	Terapia pulpar (empaste reabsorbible): diente posterior principal (excluida restauración final)	Uno por diente, de por vida	Copago de \$0
D3310	Terapia de endodoncia, diente anterior (excluida restauración final)	Uno por diente permanente, de por vida	Copago de \$0
D3320	Terapia de endodoncia, diente premolar (excluida restauración final)	Uno por diente permanente, de por vida	Copago de \$0
D3330	Terapia de endodoncia, diente molar (excluida restauración final)	Uno por diente permanente, de por vida	Copago de \$0
D3346	Rectificación de endodoncia previa, diente anterior	Uno por diente permanente, de por vida	Copago de \$0
D3347	Nuevo tratamiento de endodoncia previa: premolar	Uno por diente permanente, de por vida	Copago de \$0
D3348	Nuevo tratamiento de endodoncia previa: molar	Uno por diente permanente, de por vida	Copago de \$0

Código	Nombre del procedimiento	Limitaciones de frecuencia	Copago
D3410	Apicectomía: diente anterior	Uno por diente permanente, de por vida	Copago de \$0
D3421	Apicectomía: premolar (primera raíz)	Uno por diente permanente, de por vida	Copago de \$0
D3425	Apicectomía: molar (primera raíz)	Uno por diente permanente, de por vida	Copago de \$0
D3426	Apicectomía (cada raíz adicional)	Uno por diente permanente, de por vida	Copago de \$0
D3430	Empaste retrógrado: por raíz	Uno por diente, de por vida	Copago de \$0
D3501	Exposición quirúrgica de superficie radicular: diente anterior	Uno por diente, de por vida	Copago de \$0
D3502	Exposición quirúrgica de superficie radicular: premolar	Uno por diente, de por vida	Copago de \$0
D3503	Exposición quirúrgica de superficie radicular: molar	Uno por diente, de por vida	Copago de \$0
Servicios de periodoncia			
D4210	Gingivectomía o gingivoplastia: cuatro o más dientes continuos o espacios entre dientes ligados por cuadrante	Una cada 36 meses por cuadrante, por paciente	Copago de \$0

Código	Nombre del procedimiento	Limitaciones de frecuencia	Copago
D4240	Procedimiento de colgajo gingival, incluido alisado radicular: cuatro o más dientes continuos o espacios entre dientes por cuadrante	Una (D4240) cada 60 meses por cuadrante, por paciente	Copago de \$0
D4260	Cirugía ósea (incluida la elevación de colgajo de espesor total y cierre): cuatro o más dientes continuos o espacios entre dientes ligados por cuadrante	Una (D4260 o D4261), una vez por cuadrante cada 60 meses, por paciente	Copago de \$0
D4261	Cirugía ósea (incluida la elevación de colgajo de espesor total y cierre): uno a tres dientes continuos o espacios entre dientes ligados por cuadrante	Una (D4260 o D4261), una vez por cuadrante cada 60 meses, por paciente	Copago de \$0
D4341	Raspado y alisado radicular: cuatro o más dientes por cuadrante	Una (D4341 o D4342), una vez por cuadrante cada 36 meses por paciente	Copago de \$0
D4342	Raspado y alisado radicular: de uno a tres dientes por cuadrante	Una (D4341 o D4342), una vez por cuadrante cada 36 meses por paciente	Copago de \$0

Código	Nombre del procedimiento	Limitaciones de frecuencia	Copago
D4355	Desbridamiento de toda la boca para permitir evaluación y diagnóstico integrales en una consulta posterior	Una (D4355) por 36 meses por paciente	Copago de \$0
D4910	Procedimientos de mantenimiento periodontal	Una (D4910) cada 36 meses por paciente	Copago de \$0
Servicios de prostodoncia extraíble			
D5110	Dentadura postiza completa: maxilar	Una (D5110, D5130, D5211, D5213, D5863, D5864), cada 60 meses, por paciente	Copago de \$0
D5120	Dentadura postiza completa: mandibular	Una (D5120, D5140, D5212, D5214, D5865, D5866), cada 60 meses, por paciente	Copago de \$0
D5130	Dentadura postiza inmediata: maxilar	Una (D5110, D5130, D5211, D5213, D5863, D5864), cada 60 meses, por paciente	Copago de \$0
D5140	Dentadura postiza inmediata: mandibular	Una (D5120, D5140, D5212, D5214, D5865, D5866), cada 60 meses, por paciente	Copago de \$0
D5211	Dentadura postiza parcial maxilar, base de resina (incluidos cierres convencionales, soportes y dientes)	Una (D5110, D5130, D5211, D5213, D5863, D5864), cada 60 meses, por paciente	Copago de \$0

Código	Nombre del procedimiento	Limitaciones de frecuencia	Copago
D5212	Dentadura postiza parcial mandibular: base de resina (incluidos cierres convencionales, soportes y dientes)	Una (D5120, D5140, D5212, D5214, D5865, D5866), cada 60 meses, por paciente	Copago de \$0
D5213	Dentadura postiza parcial de maxilar: estructura de metal fundido con base de dentadura de resina (incluidos cierres convencionales, soportes y dientes)	Una (D5110, D5130, D5211, D5213, D5863, D5864), cada 60 meses, por paciente	Copago de \$0
D5214	Dentadura postiza parcial mandibular: estructura de metal fundido con bases de dentadura postiza de resina (incluidos cierres convencionales, soportes y dientes)	Una (D5120, D5140, D5212, D5214, D5865, D5866), cada 60 meses, por paciente	Copago de \$0
D5282	Dentadura postiza parcial unilateral extraíble: maxilar	Una (D5282) cada 60 meses por paciente	Copago de \$0
D5283	Dentadura postiza parcial unilateral extraíble: mandibular	Una (D5283) cada 60 meses por paciente	Copago de \$0
D5284	Dentadura postiza parcial unilateral extraíble: base flexible	Una cada 60 meses, por paciente	Copago de \$0

Código	Nombre del procedimiento	Limitaciones de frecuencia	Copago
D5286	Dentadura postiza parcial unilateral extraíble: 1 pieza de resina	Una cada 60 meses, por paciente	Copago de \$0
D5410	Ajuste de dentadura postiza completa: maxilar	Con cobertura	Copago de \$0
D5411	Ajuste de dentadura postiza completa: mandibular	Con cobertura	Copago de \$0
D5421	Ajuste de dentadura postiza parcial: maxilar	Con cobertura	Copago de \$0
D5422	Ajuste de dentadura postiza parcial: mandibular	Con cobertura	Copago de \$0
D5511	Reparación de base de dentadura postiza completa con rotura: mandibular	Una vez por arco cada 12 meses (después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial).	Copago de \$0
D5512	Reparación de base de dentadura postiza completa con rotura: maxilar	Una vez por arco cada 12 meses (después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial).	Copago de \$0
D5520	Reemplazo de diente roto o perdido: dentadura postiza completa, por diente	Una vez por diente cada 12 meses (después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial).	Copago de \$0
D5611	Reparación de base de dentadura postiza de resina: mandibular	Una vez por arco cada 12 meses	Copago de \$0

Código	Nombre del procedimiento	Limitaciones de frecuencia	Copago
D5612	Reparación de base de dentadura postiza de resina: maxilar	Una vez por arco cada 12 meses	Copago de \$0
D5621	Reparación de estructura fundida: mandibular	Una vez por arco cada 12 meses	Copago de \$0
D5622	Reparación de estructura fundida, maxilar	Una vez por arco cada 12 meses	Copago de \$0
D5630	Reparación o reemplazo de cierre roto	Una vez por arco cada 12 meses	Copago de \$0
D5640	Reemplazo de diente roto o perdido: dentadura postiza parcial, por diente	Una vez por arco cada 12 meses	Copago de \$0
D5650	Agregado de diente a dentadura postiza parcial existente: por diente	Una vez por arco cada 12 meses	Copago de \$0
D5660	Agregado de cierre a dentadura postiza parcial existente	Una vez por arco cada 12 meses	Copago de \$0
D5710	Reforrado de base de dentadura postiza maxilar completa	Una (D5710, D5730, D5750) cada 12 meses Después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial	Copago de \$0

Código	Nombre del procedimiento	Limitaciones de frecuencia	Copago
D5711	Reparación de base de dentadura postiza mandibular completa	Una (D5711, D5731, D5751) cada 12 meses	Copago de \$0
		Después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial	
D5720	Reforrado de base de dentadura postiza parcial maxilar	Una (D5720, D5740, D5760) cada 12 meses	Copago de \$0
		Después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial	
D5721	Reforrado de base de dentadura postiza parcial mandibular	Una (D5721, D5741, D5761) cada 12 meses	Copago de \$0
		Después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial	
D5725	Reparación de base de prótesis híbrida	Una D5725 cada 12 meses, por arco	Copago de \$0
		Después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial	
D5730	Revestimiento de dentadura postiza maxilar completa (en el consultorio)	Una (D5710, D5730, D5750) cada 12 meses	Copago de \$0
		Después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial	

Código	Nombre del procedimiento	Limitaciones de frecuencia	Copago
D5731	Revestimiento de dentadura postiza mandibular completa (en el consultorio)	Una (D5711, D5731, D5751) cada 12 meses Después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial	Copago de \$0
D5740	Revestimiento de dentadura postiza parcial maxilar (en el consultorio)	Una (D5720, D5740, D5760) cada 12 meses Después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial	Copago de \$0
D5741	Revestimiento de dentadura postiza parcial mandibular (en el consultorio)	Una (D5721, D5741, D5761) cada 12 meses Después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial	Copago de \$0
D5750	Revestimiento de dentadura postiza maxilar completa (en el laboratorio)	Una (D5710, D5730, D5750) cada 12 meses Después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial	Copago de \$0
D5751	Revestimiento de dentadura postiza mandibular completa (en el laboratorio)	Una (D5711, D5731, D5751) cada 12 meses Después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial	Copago de \$0

Código	Nombre del procedimiento	Limitaciones de frecuencia	Copago
D5760	Revestimiento de dentadura postiza parcial maxilar (en el laboratorio)	Una (D5720, D5740, D5760) cada 12 meses Después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial	Copago de \$0
D5761	Revestimiento de dentadura postiza parcial mandibular (en el laboratorio)	Una (D5721, D5741, D5761) cada 12 meses Después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial	Copago de \$0
D5863	Sobredentadura: maxilar completo	Una (D5110, D5130, D5211, D5213, D5863, D5864), cada 60 meses, por paciente	Copago de \$0
D5864	Sobredentadura: maxilar parcial	Una (D5110, D5130, D5211, D5213, D5863, D5864), cada 60 meses, por paciente	Copago de \$0
D5865	Sobredentadura: mandibular completa	Una (D5120, D5140, D5212, D5214, D5865, D5866), cada 60 meses, por paciente	Copago de \$0
D5866	Sobredentadura: mandibular parcial	Una (D5120, D5140, D5212, D5214, D5865, D5866), cada 60 meses, por paciente	Copago de \$0
D5877	Duplicación de dentadura postiza completa: maxilar	Una (D5110, D5130, D5877) cada 60 meses por paciente	Copago de \$0
D5878	Duplicación de dentadura postiza completa: mandibular	Una (D5120, D5140, D5878) por 60 meses por paciente	Copago de \$0

Código	Nombre del procedimiento	Limitaciones de frecuencia	Copago
Servicios de prostodoncia (dentaduras fijas)			
D6210	Póntico: metal muy noble fundido	Una (D6210, D6211, D6212, D6240, D6241, D6242, D6243, D6250, D6251, D6252) cada 60 meses, por paciente	Copago de \$0
D6211	Póntico: metal base fundido	Una (D6210, D6211, D6212, D6240, D6241, D6242, D6243, D6250, D6251, D6252) cada 60 meses, por paciente	Copago de \$0
D6212	Póntico: metal noble fundido	Una (D6210, D6211, D6212, D6240, D6241, D6242, D6243, D6250, D6251, D6252) cada 60 meses, por paciente	Copago de \$0
D6240	Póntico: porcelana fundida a metal muy noble	Una (D6210, D6211, D6212, D6240, D6241, D6242, D6243, D6250, D6251, D6252) cada 60 meses, por paciente	Copago de \$0
D6241	Póntico: porcelana fundida a metal base	Una (D6210, D6211, D6212, D6240, D6241, D6242, D6243, D6250, D6251, D6252) cada 60 meses, por paciente	Copago de \$0
D6242	Póntico: porcelana fundida a metal noble	Una (D6210, D6211, D6212, D6240, D6241, D6242, D6243, D6250, D6251, D6252) cada 60 meses, por paciente	Copago de \$0

Código	Nombre del procedimiento	Limitaciones de frecuencia	Copago
D6243	Póntico: porcelana fundida a titanio y aleaciones de titanio	Una (D6210, D6211, D6212, D6240, D6241, D6242, D6243, D6250, D6251, D6252) cada 60 meses, por paciente	Copago de \$0
D6250	Póntico: resina con metal muy noble	Una (D6210, D6211, D6212, D6240, D6241, D6242, D6243, D6250, D6251, D6252) cada 60 meses, por paciente	Copago de \$0
D6251	Póntico: resina con metal base	Una (D6210, D6211, D6212, D6240, D6241, D6242, D6243, D6250, D6251, D6252) cada 60 meses, por paciente	Copago de \$0
D6252	Póntico: resina con metal noble	Una (D6210, D6211, D6212, D6240, D6241, D6242, D6243, D6250, D6251, D6252) cada 60 meses, por paciente	Copago de \$0
D6545	Retenedor: metal fundido fijo	Una (D6545, D6610, D6710, D6720, D6721, D6722, D6740, D6750, D6751, D6752, D6753, D6790, D6791, D6792), cada 60 meses por diente, por paciente	Copago de \$0
D6610	Restauración: metal muy noble fundido, dos superficies	Una (D6545, D6610, D6710, D6720, D6721, D6722, D6740, D6750, D6751, D6752, D6753, D6790, D6791, D6792), cada 60 meses por diente, por paciente	Copago de \$0

Código	Nombre del procedimiento	Limitaciones de frecuencia	Copago
D6710	Corona: compuesto a base de resina indirecto	Una (D6545, D6610, D6710, D6720, D6721, D6722, D6740, D6750, D6751, D6752, D6753, D6790, D6791, D6792), cada 60 meses por diente, por paciente	Copago de \$0
D6720	Corona: resina con metal muy noble	Una (D6545, D6610, D6710, D6720, D6721, D6722, D6740, D6750, D6751, D6752, D6753, D6790, D6791, D6792), cada 60 meses por diente, por paciente	Copago de \$0
D6721	Corona: resina con metal base	Una (D6545, D6610, D6710, D6720, D6721, D6722, D6740, D6750, D6751, D6752, D6753, D6790, D6791, D6792), cada 60 meses por diente, por paciente	Copago de \$0
D6722	Corona: resina con metal noble	Una (D6545, D6610, D6710, D6720, D6721, D6722, D6740, D6750, D6751, D6752, D6753, D6790, D6791, D6792), cada 60 meses por diente, por paciente	Copago de \$0
D6740	Retenedor: porcelana/cerámica	Una (D6545, D6610, D6710, D6720, D6721, D6722, D6740, D6750, D6751, D6752, D6753, D6790, D6791, D6792), cada 60 meses por diente, por paciente	Copago de \$0

Código	Nombre del procedimiento	Limitaciones de frecuencia	Copago
D6750	Corona: porcelana fundida a metal muy noble	Una (D6545, D6610, D6710, D6720, D6721, D6722, D6740, D6750, D6751, D6752, D6753, D6790, D6791, D6792), cada 60 meses por diente, por paciente	Copago de \$0
D6751	Corona: porcelana fundida a metal base	Una (D6545, D6610, D6710, D6720, D6721, D6722, D6740, D6750, D6751, D6752, D6753, D6790, D6791, D6792), cada 60 meses por diente, por paciente	Copago de \$0
D6752	Corona: porcelana fundida a metal noble	Una (D6545, D6610, D6710, D6720, D6721, D6722, D6740, D6750, D6751, D6752, D6753, D6790, D6791, D6792), cada 60 meses por diente, por paciente	Copago de \$0
D6753	Retenedor: porcelana fundida a titanio y aleaciones de titanio	Una (D6753) cada 60 meses	Copago de \$0
D6790	Corona: metal muy noble completamente fundido	Una (D6545, D6610, D6710, D6720, D6721, D6722, D6740, D6750, D6751, D6752, D6753, D6790, D6791, D6792), cada 60 meses por diente, por paciente	Copago de \$0
D6791	Corona: metal base completamente fundido	Una (D6545, D6610, D6710, D6720, D6721, D6722, D6740, D6750, D6751, D6752, D6753, D6790, D6791, D6792), cada 60 meses por diente, por paciente	Copago de \$0

Código	Nombre del procedimiento	Limitaciones de frecuencia	Copago
D6792	Corona: metal noble completamente fundido	Una (D6545, D6610, D6710, D6720, D6721, D6722, D6740, D6750, D6751, D6752, D6753, D6790, D6791, D6792), cada 60 meses por diente, por paciente	Copago de \$0
D6930	Recementado o reconstitución de dentadura postiza parcial fija	Con cobertura	Copago de \$0
Servicios de cirugía bucal y maxilofacial			
D7140	Extracción de diente brotado o raíz expuesta (elevación o extracción con fórceps)	Uno por diente, de por vida	Copago de \$0
D7210	Extracción quirúrgica de diente brotado que requiere extracción de hueso o división del diente, e incluye elevación del colgajo mucoperióstico en caso de ser indicado	Uno por diente, de por vida	Copago de \$0
D7220	Extracción de diente impactado: tejido blando	Uno por diente, de por vida	Copago de \$0
D7230	Extracción de diente impactado: parcialmente en hueso	Uno por diente, de por vida	Copago de \$0

Código	Nombre del procedimiento	Limitaciones de frecuencia	Copago
D7240	Extracción de diente impactado: completamente en hueso	Uno por diente, de por vida	Copago de \$0
D7241	Extracción de diente impactado: completamente en hueso con complicaciones quirúrgicas inusuales	Uno por diente, de por vida	Copago de \$0
D7250	Extracción quirúrgica de restos radiculares del diente (procedimiento de corte)	Uno por diente, de por vida	Copago de \$0
D7260	Cierre de fístula oroantral	Uno por arco, de por vida	Copago de \$0
D7280	Acceso quirúrgico a un diente no brotado	Uno por diente, de por vida	Copago de \$0
D7282	Movilización de diente brotado o mal posicionado para facilitar el brote	Uno por diente, de por vida	Copago de \$0
D7310	Alveoloplastia junto con extracciones: cuatro o más dientes o espacios entre dientes, por cuadrante	Una (D7310) por cuadrante, de por vida, por paciente	Copago de \$0
D7320	Alveoloplastia sin extracciones: cuatro o más dientes o espacios entre dientes, por cuadrante	Una (D7320) por cuadrante, cada 12 meses, por paciente	Copago de \$0

Código	Nombre del procedimiento	Limitaciones de frecuencia	Copago
D7340	Vestibuloplastia: extensión del reborde (epitelización secundaria)	Uno por arco	Copago de \$0
D7410	Extirpación de lesión benigna de hasta 1.25 cm	Con cobertura	Copago de \$0
D7411	Extirpación de lesión benigna superior a 1.25 cm	Con cobertura	Copago de \$0
D7440	Extirpación de tumor maligno: diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm	Con cobertura	Copago de \$0
D7441	Extirpación de tumor maligno: diámetro de la lesión superior a 1.25 cm	Con cobertura	Copago de \$0
D7450	Extracción de quiste o tumor odontogénico: diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm	Con cobertura	Copago de \$0
D7451	Extracción de quiste o tumor odontogénico: diámetro de la lesión superior a 1.25 cm	Con cobertura	Copago de \$0
D7460	Extracción de quiste o tumor no odontogénico: diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm	Con cobertura	Copago de \$0

Código	Nombre del procedimiento	Limitaciones de frecuencia	Copago
D7461	Extracción de quiste o tumor no odontogénico: diámetro de la lesión superior a 1.25 cm	Con cobertura	Copago de \$0
D7471	Eliminación de la exostosis: por sitio	Con cobertura	Copago de \$0
D7473	Extracción de torus mandibular	Con cobertura	Copago de \$0
D7510	Incisión y drenaje de absceso: tejido blando intrabucal	Con cobertura	Copago de \$0
D7520	Incisión y drenaje de absceso: tejido blando extrabucal	Con cobertura	Copago de \$0
D7961	Frenectomía bucal/labial (frenulectomía)	Con cobertura	Copago de \$0
D7962	Frenectomía lingual (frenulectomía)	Con cobertura	Copago de \$0
D7970	Extirpación de tejido hiperplásico, por arco	Con cobertura	Copago de \$0
D7971	Extirpación de encía pericoronal	Con cobertura	Copago de \$0
D7972	Reducción quirúrgica de tuberosidad fibrosa	Con cobertura	Copago de \$0

Código	Nombre del procedimiento	Limitaciones de frecuencia	Copago
Servicios generales suplementarios			
D9110	Tratamiento paliativo del dolor dental, por consulta	No se permite junto con ningún otro servicio excepto D0140 y radiografías.	Copago de \$0
D9210	Anestesia local que no se brinde en conjunto con procedimientos operativos o quirúrgicos. *No se puede facturar por separado del servicio principal.	Con cobertura	Copago de \$0
D9211	Anestesia por bloqueo regional. *No se puede facturar por separado del servicio principal.	Con cobertura	Copago de \$0
D9212	Anestesia por bloqueo de división trigeminal. *No se puede facturar por separado del servicio principal.	Con cobertura	Copago de \$0
D9215	Anestesia local. *No se puede facturar por separado del servicio principal.	Con cobertura	Copago de \$0

Código	Nombre del procedimiento	Limitaciones de frecuencia	Copago
D9310	Consulta: servicio de diagnóstico proporcionado por dentista o médico que no sea el dentista o médico solicitante	Con cobertura	Copago de \$0
D9430	Consulta de observación presencial (durante el horario habitual de atención): no se realizan otros servicios	Con cobertura	Copago de \$0
D9951	Ajuste oclusal: limitado	Con cobertura	Copago de \$0
D9952	Ajuste oclusal: completo	Con cobertura	Copago de \$0

Beneficios dentales suplementarios: limitaciones y exclusiones

Como miembro de nuestro plan, el plan cuenta con limitaciones y exclusiones de beneficios dentales, incluidas, entre otras, las siguientes:

- Nuestro plan dental ofrece cobertura dental dentro y fuera de la red, y todos los servicios cubiertos tienen un copago de \$0.
 - Usted paga un copago de \$0 para los servicios dentales integrales suplementarios. El plan pagará hasta \$2,500 anuales, dentro y fuera de la red combinados, por estos servicios dentales suplementarios integrales. Una vez agotado el límite de beneficios anuales de \$2,500 dentro y fuera de la red combinados, usted será responsable del costo total.
 - Usted paga un copago de \$0 para los servicios dentales preventivos y de diagnóstico suplementarios.
 - Las limitaciones del servicio se aplican en función de la lista de tarifas establecida, incluido el tipo de servicio, el número y la frecuencia.
 - Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a cualquier máximo de beneficios, a las limitaciones o a las exclusiones dentro de la red.
- Si desea obtener más información sobre cómo su cobertura dental está relacionada con el tratamiento dental propuesto y los costos, puede solicitarle a su dentista que obtenga un estimado de la cobertura para DentaQuest. Si el proveedor tiene preguntas sobre cómo obtener esta información, pueden comunicarse con DentaQuest usando el número que figura en la parte posterior de su tarjeta de identificación de miembro.
- Los odontólogos dentro de la red han aceptado brindar servicios a una tarifa negociada. Si consulta a un dentista dentro de la red, no recibirá una factura por un monto superior a la estructura tarifaria negociada para los servicios cubiertos (el máximo anual sigue aplicando).
 - Cuando un dentista de la red le haya proporcionado servicios dentales cubiertos, le enviará la reclamación en su nombre.

- Los odontólogos pueden pedirle que firme un documento de consentimiento informado que detalla los riesgos, los beneficios, los costos y las alternativas a todos los tratamientos recomendados.
- Los odontólogos fuera de la red no están contratados para aceptar el pago del plan como pago completo, por lo que podrían cobrarle más de lo que el plan paga, incluso para los servicios mencionados que incluyen un copago de \$0.
 - Cuando consulte a un odontólogo fuera de la red, a menudo el odontólogo le enviará una reclamación en su nombre. Si no lo hacen, usted puede enviarla directamente usando las siguientes instrucciones:
 - La presentación de la reclamación debe contener la siguiente información:
 - El nombre completo del miembro y el número de identificación del miembro
 - El nombre completo y la dirección del proveedor
 - La lista de los servicios dentales brindados con los códigos ADA correspondientes
 - Comprobante de pago en forma de un recibo detallado que refleja el pago y un saldo de paciente nulo
 - Se debe enviar toda la información de reclamación requerida dentro de los 365 días a partir de la fecha de servicio a:

DentaQuest Claims
PO Box 2906
Milwaukee, WI 53201-2906
o por fax al 262-834-3589

- El pago se enviará a la dirección que aparece en su cuenta. Para actualizar su dirección o para obtener ayuda para presentar las reclamaciones, comuníquese con Servicios para los Miembros.
- Las reclamaciones dentales se pagan dentro de los 30 días y la Explicación de pago (EOP) acompañará el pago del cheque.

- Otras limitaciones o exclusiones de la cobertura dental del plan son las siguientes:
 - Procedimientos utilizados por motivos solo cosméticos (blanqueamiento dental, laminados, recontorneado gingival), ortopédicos, mantenimiento del espacio, impuestos sobre las ventas, cargos por no acudir a las citas, administración de casos dentales, cargos dentales relacionados con la prueba de detección de COVID, pruebas y vacunas y procedimientos no especificados por informe,
 - Servicios o suministros provistos junto con servicios no cubiertos o en preparación o como resultado de este.
 - Gastos dentales en los que se incurrió en relación con cualquier procedimiento dental comenzado antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura.
 - Servicios relacionados con anomalías congénitas.
- Los cargos asociados con los servicios no cubiertos son su responsabilidad.



Para obtener más información,
llámenos sin cargo al

1-800-353-3765

de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.,
los 7 días de la semana.

Los usuarios de TTY/TDD
deben llamar al

711

Visite nuestro sitio web

Elderplan.org.

Elderplan es un plan HMO que tiene contratos con Medicare y Medicaid. La inscripción en Elderplan depende de la renovación del contrato. Cualquier persona con derecho a las Partes A y B de Medicare puede solicitar su inscripción. Los miembros inscritos deben continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare si no la paga de otro modo Medicaid.