

2019



Cuidándole cada minuto, todos los días.

Manual Odontológico

Elderplan Extra Help (HMO)

del 1 de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019

Introducción al Manual odontológico de Elderplan para Elderplan Extra Help (HMO)

En Elderplan, comprendemos que consultar a su odontólogo una vez al año puede ayudarlo a permanecer saludable y a ahorrar tiempo así también como dinero en el futuro. A medida que envejece, las necesidades de la salud bucal cambian. Las consultas odontológicas regulares son un paso importante para mantener una sonrisa saludable y su bienestar general. Durante un examen bucal, su odontólogo buscará signos de caries, enfermedades periodontales, dentaduras mal ajustadas, llagas, irritaciones, infecciones y cáncer bucal. Su boca también puede revelar su estado de salud general. Algunas enfermedades, como la diabetes, pueden mostrar los primeros signos en la boca.

Es por eso que Elderplan Extra Help ofrece un plan odontológico, administrado por Healthplex, que incluye una red extensa de odontólogos calificados y especialistas dentales para satisfacer sus necesidades. Cada odontólogo afiliado a Healthplex pasó por una evaluación exhaustiva de credenciales y no todos los odontólogos que se postulan son aceptados.

El plan odontológico para Elderplan Extra Help hace hincapié en la atención y educación dentales preventivas. Muchos servicios odontológicos preventivos y de diagnóstico tienen cobertura total. Esto genera buenas prácticas de higiene dental y permite la detección temprana, que es necesaria para prevenir o tratar una enfermedad dental de manera eficaz.

Este Manual contiene un Resumen de beneficios odontológicos, que explica los beneficios de nuestro plan odontológico 2019 para Elderplan Extra Help. Su responsabilidad financiera depende de que cumpla con los procedimientos descritos en este Resumen de beneficios odontológicos. Es posible que se apliquen algunas limitaciones y exclusiones.

Deberá seleccionar un odontólogo de atención primaria (PCD). Su odontólogo de atención primaria coordinará su plan de tratamiento y las remisiones, cuando corresponda, para obtener servicios integrales de un especialista dental participante.

El Departamento de Servicios para los miembros de Healthplex está aquí para ayudarlo por cualquier pregunta, comentario o sugerencia que tenga sobre sus beneficios odontológicos. También pueden ayudarlo a seleccionar un odontólogo, verificar si el consultorio de un odontólogo está abierto a nuevos pacientes o aclarar cualquier pregunta sobre los beneficios. Simplemente llámelos a la línea gratuita al 1-888-468-5175 (TTY/TDD 1-800-662-1220) de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.

¿Cómo funciona el plan odontológico para Elderplan Extra Help?

Educación para los miembros

Estamos orgullosos de los beneficios y del servicio de calidad para los miembros que les ofrecemos. Y para asegurarnos que comprende completamente cómo usar nuestro plan odontológico, lo alentamos a llamar al Servicios para los miembros de Healthplex al 1-888-

468-5175 (TTY/TDD 1-800-662-1220) de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Esta es una oportunidad para que aprenda más sobre su cobertura odontológica y obtenga respuesta sobre las preguntas específicas que pueda tener sobre el plan.

Departamento de Servicios para los miembros de Healthplex

El equipo de Servicios para los miembros es un recurso en cuanto a sus beneficios odontológicos. Ellos pueden ayudarlo:

- Con preguntas sobre los beneficios odontológicos cubiertos.
- A seleccionar o cambiar su odontólogo de atención primaria.
- Con preguntas sobre atención odontológica de urgencia cuando viaja.

Su odontólogo de atención primaria

La relación que tiene con su odontólogo de atención primaria es importante. Su odontólogo de atención primaria le brindará todos los servicios preventivos y lo ayudará a coordinar su atención odontológica general.

Tres formas de encontrar un odontólogo de atención primaria participante en su área:

| 1 | 2 | 3 |
|--|--|--|
| Visite elderplan.org | Llame a Servicios para los miembros | Directorio de proveedores y farmacias 2019 |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Debajo de “For Members” (Para miembros), seleccione “Find a Provider” (Encontrar un proveedor). 2. Haga clic aquí para encontrar un proveedor cerca de usted. 3. Elija Elderplan Extra Help (HMO) como su plan. 4. Elija “Dentistry” (Odontología) debajo de “Specialty” (Especialidad). Limite los criterios de búsqueda según sus necesidades. | <p>Elderplan Número gratuito: 1-800-353-3765 TTY/TDD: 711 Horario: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana</p> <p>Healthplex 1-888-468-5175 (TTY/TDD 1-800-662-1220) Horario: de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., de lunes a viernes</p> | <p>Llame a nuestro Departamento de Servicios para los miembros para solicitar una copia en papel de nuestro Directorio de proveedores y farmacias.</p> |

Si desea obtener más información sobre el odontólogo de atención primaria que seleccionó, llame al Departamento de Servicios para los miembros de Healthplex al 1-888-468-5175 (TTY/TDD 1-800-662-1220), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Toda su atención odontológica (excepto la atención de urgencia fuera del área de servicio de Elderplan) la debe proporcionar o coordinar su odontólogo de atención primaria.

Para programar una cita con el odontólogo

Concertar una cita con su odontólogo de atención primaria es similar a la forma en que siempre concertó citas con el médico: mediante una llamada a su consultorio. Si no puede llegar a una cita programada, llame y cancele su cita al menos 24 horas antes, si es posible.

Para consultar con un especialista odontológico

Su odontólogo de atención primaria está capacitado para manejar la mayoría de las necesidades odontológicas comunes. Si su odontólogo siente que usted necesita un tratamiento más especializado, lo derivará a un especialista adecuado. Su odontólogo de atención primaria se comunicará con Healthplex para autorizar la atención. Si se autoriza su remisión, puede programar una cita con el especialista designado por su odontólogo de atención primaria.

Para cambiar su odontólogo de atención primaria

Puede cambiar su odontólogo de atención primaria en cualquier momento. Si necesita ayuda para encontrar un nuevo odontólogo, llame a Servicios para los miembros de Healthplex al 1-888-468-5175 (TTY/TDD 1-800-662-1220), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.

Atención de emergencia y de urgencia

Atención de emergencia

Si tiene una emergencia odontológica, comuníquese con su odontólogo de atención primaria. Si no puede comunicarse con su odontólogo, llame directamente a Servicios para los miembros de Healthplex al 1-888-468-5175 (TTY/TDD 1-800-662-1220), durante las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Atención de urgencia (fuera del área)

La atención de urgencia (fuera del área) se define como los servicios necesarios para tratar una afección imprevista a fin de prevenir un grave deterioro en su salud dental, si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de Elderplan Extra Help y el tratamiento no se puede demorar hasta que regrese al área de servicio. En casos de atención de urgencia, su plan reembolsará el tratamiento paliativo (acción que alivia el dolor pero que no es curativa) hasta un cierto monto. Consulte su Resumen de beneficios odontológicos para obtener más información sobre el monto del reembolso.

Atención que no es de emergencia recibida fuera del plan odontológico de Elderplan Extra Help

Los miembros recibirán atención odontológica de calidad mediante nuestra extensa red de proveedores odontológicos. Si elige ir a un odontólogo que no está afiliado a Healthplex y está fuera de nuestra red odontológica, será responsable de pagar por completo el cargo del proveedor.

PLAN ODONTOLÓGICO DE ELDERPLAN PARA ELDERPLAN EXTRA HELP RESUMEN DE BENEFICIOS

Este Manual contiene un Resumen de beneficios odontológicos, que explica los beneficios de nuestro plan odontológico 2018 para Elderplan Extra Help. Su responsabilidad financiera depende de que cumpla con los procedimientos descritos en este Resumen de beneficios odontológicos. Es posible que se apliquen algunas limitaciones y exclusiones. **Siéntase libre de llevar este documento con usted cuando consulte a su odontólogo, para que puedan ayudarlo a comprender qué procedimiento se está llevando a cabo y cuál sería el costo.** Infórmele a su odontólogo que los servicios que se incluyen a continuación solo están disponibles a través de un proveedor que participe en el plan (un odontólogo que sea parte de la red de Elderplan).

Los servicios con un código médico correspondiente deben enviarse a Elderplan (no Healthplex) con el código médico para su procesamiento.

| SERVICIOS CUBIERTOS | CÓDIGOS | COPAGO | FRECUENCIA |
|---|---------|-----------|-----------------------|
| SERVICIOS PREVENTIVOS Y DE DIAGNÓSTICO | | | |
| Examen bucal periódico | D0120 | Sin cargo | Una vez cada 6 meses |
| Examen bucal limitado | D0140 | Sin cargo | Una vez cada 6 meses |
| Examen bucal integral | D0150 | Sin cargo | Una vez cada 6 meses |
| Examen bucal por un problema específico | D0160 | Sin cargo | Una vez cada 6 meses |
| Examen de seguimiento | D0170 | Sin cargo | Una vez cada 6 meses |
| Examen periodontal integral | D0180 | Sin cargo | Una vez cada 6 meses |
| Serie completa de radiografías | D0210 | Sin cargo | Una vez cada 36 meses |
| Radiografía periapical | D0220 | Sin cargo | Una vez cada 12 meses |
| Radiografía periapical, cada placa adicional | D0230 | Sin cargo | Una vez cada 12 meses |
| Radiografía oclusal | D0240 | Sin cargo | Una vez cada 12 meses |
| Radiografía de proyección 2D | D0250 | Sin cargo | Una vez cada 12 meses |
| Radiografía de aleta de mordida, una imagen | D0270 | Sin cargo | Una vez cada 12 meses |
| Radiografía de aleta de mordida, dos imágenes | D0272 | Sin cargo | Una vez cada 12 meses |
| Radiografía de aleta de mordida, tres imágenes | D0273 | Sin cargo | Una vez cada 12 meses |
| Radiografía de aleta de mordida, cuatro imágenes | D0274 | Sin cargo | Una vez cada 12 meses |
| Radiografías verticales de aleta de mordida, de siete a ocho imágenes | D0277 | Sin cargo | Una vez cada 12 meses |

* Consulte la sección de Exclusiones y limitaciones de este documento para obtener una explicación más detallada sobre los servicios cubiertos. Se debe obtener autorización previa de un odontólogo participante para obtener los servicios mencionados anteriormente. Tenga en cuenta que los servicios pueden estar limitados según las pautas y exclusiones de su plan. Las limitaciones de tiempo, el estado de salud dental y los beneficios alternativos pueden limitar la aprobación de los servicios.

| | | | |
|---|-------|-----------|-----------------------------------|
| Radiografía panorámica | D0330 | Sin cargo | Una vez cada 12 meses |
| Radiografía cefalométrica | D0340 | Sin cargo | Una vez cada 12 meses |
| Imágenes fotográficas 2D | D0350 | Sin cargo | Una vez cada 12 meses |
| Profilaxis (limpieza), adultos | D1110 | Sin cargo | Una vez cada 6 meses |
| Profilaxis (limpieza), niños | D1120 | Sin cargo | Una vez cada 6 meses |
| Tratamiento con flúor | D1208 | Sin cargo | Una vez cada 6 meses |
| SERVICIOS INTEGRALES | | | |
| Servicios de restauración* (Pueden aplicarse exclusiones y limitaciones. Ver a continuación) | | | |
| Empaste de plata: una superficie | D2140 | Sin cargo | Una vez cada 24 meses, por diente |
| Empaste de plata: dos superficies | D2150 | Sin cargo | Una vez cada 24 meses, por diente |
| Empaste de plata: tres superficies | D2160 | Sin cargo | Una vez cada 24 meses, por diente |
| Empaste de plata: cuatro o más superficies | D2161 | Sin cargo | Una vez cada 24 meses, por diente |
| Empastes del color del diente: una superficie, frontal | D2330 | Sin cargo | Una vez cada 24 meses, por diente |
| Empastes del color del diente: dos superficies, frontal | D2331 | Sin cargo | Una vez cada 24 meses, por diente |
| Empastes del color del diente: tres superficies, frontal | D2332 | Sin cargo | Una vez cada 24 meses, por diente |
| Empastes del color del diente: cuatro o más superficies, frontal | D2335 | Sin cargo | Una vez cada 24 meses, por diente |
| Corona del color del diente: frontal | D2390 | Sin cargo | Una vez cada 24 meses, por diente |
| Empastes del color del diente: una superficie, trasera | D2391 | Sin cargo | Una vez cada 24 meses, por diente |
| Empastes del color del diente: dos superficies, trasera | D2392 | Sin cargo | Una vez cada 24 meses, por diente |
| Empastes del color del diente: tres superficies, trasera | D2393 | Sin cargo | Una vez cada 24 meses, por diente |
| Empastes del color del diente: cuatro o más superficies, trasera | D2394 | Sin cargo | Una vez cada 24 meses, por diente |
| Incrustación: metálica, una superficie | D2510 | \$250 | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Incrustación: metálica, dos superficies | D2520 | \$250 | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Incrustación: metálica, tres o más superficies | D2530 | \$250 | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Restauración: metálica, dos superficies | D2542 | \$250 | Una vez cada 60 meses, por diente |

* Consulte la sección de Exclusiones y limitaciones de este documento para obtener una explicación más detallada sobre los servicios cubiertos. Se debe obtener autorización previa de un odontólogo participante para obtener los servicios mencionados anteriormente. Tenga en cuenta que los servicios pueden estar limitados según las pautas y exclusiones de su plan. Las limitaciones de tiempo, el estado de salud dental y los beneficios alternativos pueden limitar la aprobación de los servicios.

| | | | |
|--|-------|-----------|-----------------------------------|
| Incrustación: porcelana/cerámica, dos superficies | D2620 | \$250 | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Incrustación: porcelana/cerámica, tres o más superficies | D2630 | \$250 | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Servicios de restauración (continuación)* (Pueden aplicarse exclusiones y limitaciones. Ver a continuación) | | | |
| Corona del color del diente | D2710 | \$250 | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Corona 3/4 del color del diente | D2712 | \$250 | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Corona del color del diente con metal altamente noble | D2720 | \$250 | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Corona del color del diente con metal base predominante | D2721 | \$250 | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Corona del color del diente con metal noble | D2722 | \$250 | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Corona: sustrato de porcelana/cerámica | D2740 | \$250 | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Corona: porcelana fundida a metal altamente noble | D2750 | \$250 | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Corona: porcelana fundida a metal base predominante | D2751 | \$250 | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Corona: porcelana fundida a metal noble | D2752 | \$250 | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Corona: metal altamente noble completamente fundido | D2790 | \$250 | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Corona: metal base predominante completamente fundido | D2791 | \$250 | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Corona: metal noble completamente fundido | D2792 | \$250 | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Recementado o reconstitución: incrustación, restauración o laminado | D2910 | Sin cargo | Una vez cada 6 meses, por diente |
| Recementado o reconstitución de corona | D2920 | Sin cargo | Una vez cada 6 meses, por diente |
| Recolocación de un fragmento de una pieza dental | D2921 | Sin cargo | Una vez cada 6 meses, por diente |
| Corona de acero inoxidable, diente de leche | D2930 | Sin cargo | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Corona de acero inoxidable, diente de adulto | D2931 | Sin cargo | Una vez cada 60 meses, por diente |

* Consulte la sección de Exclusiones y limitaciones de este documento para obtener una explicación más detallada sobre los servicios cubiertos. Se debe obtener autorización previa de un odontólogo participante para obtener los servicios mencionados anteriormente. Tenga en cuenta que los servicios pueden estar limitados según las pautas y exclusiones de su plan. Las limitaciones de tiempo, el estado de salud dental y los beneficios alternativos pueden limitar la aprobación de los servicios.

| | | | |
|--|-------|-----------|--------------------------------------|
| Retención con perno | D2951 | Sin cargo | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Perno y base, además de corona | D2952 | \$50 | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Cada perno adicional fabricado indirectamente, mismo diente | D2953 | \$50 | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Servicios de restauración (continuación)* (Pueden aplicarse exclusiones y limitaciones. Ver a continuación) | | | |
| Perno y base prefabricados, además de corona | D2954 | \$50 | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Servicios de endodoncia* (Pueden aplicarse exclusiones y limitaciones. Ver a continuación) | | | |
| Pulpotomía terapéutica | D3220 | Sin cargo | Una vez de por vida, por diente |
| Terapia pulpar, diente frontal | D3230 | Sin cargo | Una vez de por vida, por diente |
| Terapia pulpar, diente trasero | D3240 | Sin cargo | Una vez de por vida, por diente |
| Tratamiento de conducto, diente frontal | D3310 | Sin cargo | Una vez de por vida, por diente |
| Tratamiento de conducto, premolar | D3320 | Sin cargo | Una vez de por vida, por diente |
| Tratamiento de conducto, diente trasero | D3330 | \$40 | Una vez de por vida, por diente |
| Retratamiento de conducto, diente frontal | D3346 | Sin cargo | Una vez de por vida, por diente |
| Retratamiento de conducto, premolar | D3347 | Sin cargo | Una vez de por vida, por diente |
| Retratamiento de conducto, diente trasero | D3348 | \$40 | Una vez de por vida, por diente |
| Apicectomía, diente frontal | D3410 | \$40 | Una vez de por vida, por diente |
| Apicectomía, premolar (primer tratamiento de conducto) | D3421 | \$40 | Una vez de por vida, por diente |
| Apicectomía, diente trasero (primer tratamiento de conducto) | D3425 | \$40 | Una vez de por vida, por diente |
| Apicectomía, cada tratamiento de conducto adicional | D3426 | \$40 | Una vez de por vida, por diente |
| Cirugía perirradicular sin apicectomía | D3427 | \$40 | Una vez de por vida, por diente |
| Empaste retrógrado, por tratamiento de conducto | D3430 | \$40 | Una vez de por vida, por diente |
| Servicios de periodoncia* (Pueden aplicarse exclusiones y limitaciones. Ver a continuación) | | | |
| Gingivectomía, cuatro o más dientes | D4210 | \$40 | Una vez cada 36 meses, por cuadrante |

* Consulte la sección de Exclusiones y limitaciones de este documento para obtener una explicación más detallada sobre los servicios cubiertos. Se debe obtener autorización previa de un odontólogo participante para obtener los servicios mencionados anteriormente. Tenga en cuenta que los servicios pueden estar limitados según las pautas y exclusiones de su plan. Las limitaciones de tiempo, el estado de salud dental y los beneficios alternativos pueden limitar la aprobación de los servicios.

| | | | |
|---|-------|-----------|--------------------------------------|
| Cirugía ósea, cuatro o más dientes | D4260 | \$300 | Una vez cada 60 meses, por cuadrante |
| Cirugía ósea, de uno a tres dientes | D4261 | \$150 | Una vez cada 60 meses, por cuadrante |
| Raspado y alisado radicular, cuatro o más dientes | D4341 | Sin cargo | Una vez cada 36 meses, por cuadrante |
| Raspado y alisado radicular, de uno a tres dientes | D4342 | Sin cargo | Una vez cada 36 meses, por cuadrante |
| Desbridamiento de toda la boca | D4355 | Sin cargo | Una vez por 36 meses |
| Mantenimiento periodontal | D4910 | Sin cargo | Una vez por 36 meses |
| Servicios maxilofaciales - extraíbles* (Pueden aplicarse exclusiones y limitaciones. Ver a continuación) | | | |
| Dentadura postiza superior completa | D5110 | \$300 | Una vez por 60 meses |
| Dentadura postiza inferior completa | D5120 | \$300 | Una vez por 60 meses |
| Dentadura postiza superior completa inmediata | D5130 | \$300 | Una vez por 60 meses |
| Dentadura postiza inferior completa inmediata | D5140 | \$300 | Una vez por 60 meses |
| Dentadura postiza superior parcial (a base de resina) | D5211 | \$300 | Una vez por 60 meses |
| Dentadura postiza inferior parcial (a base de resina) | D5212 | \$300 | Una vez por 60 meses |
| Dentadura postiza superior parcial (metal fundido) | D5213 | \$300 | Una vez por 60 meses |
| Dentadura postiza inferior parcial (metal fundido) | D5214 | \$300 | Una vez por 60 meses |
| Dentadura postiza parcial de un solo lado (metal fundido) | D5281 | \$300 | Una vez por 60 meses |
| Ajuste de dentadura postiza superior completa | D5410 | Sin cargo | |
| Ajuste de dentadura postiza inferior completa | D5411 | Sin cargo | |
| Ajuste de dentadura postiza superior parcial | D5421 | Sin cargo | |
| Ajuste de dentadura postiza inferior parcial | D5422 | Sin cargo | |
| Reparación de dentadura postiza rota, completa | D5510 | Sin cargo | Una vez por 12 meses |

* Consulte la sección de Exclusiones y limitaciones de este documento para obtener una explicación más detallada sobre los servicios cubiertos. Se debe obtener autorización previa de un odontólogo participante para obtener los servicios mencionados anteriormente. Tenga en cuenta que los servicios pueden estar limitados según las pautas y exclusiones de su plan. Las limitaciones de tiempo, el estado de salud dental y los beneficios alternativos pueden limitar la aprobación de los servicios.

| | | | |
|--|-------|-----------|----------------------|
| Reemplazo de diente roto/faltante, dentadura postiza completa | D5520 | Sin cargo | Una vez por 12 meses |
| Reparación de base de dentadura postiza, parcial | D5610 | Sin cargo | Una vez por 12 meses |
| Reparación de estructura fundida, dentadura postiza parcial | D5620 | Sin cargo | Una vez por 12 meses |
| Reparación/reemplazo de cierre roto, por diente, dentadura postiza parcial | D5630 | Sin cargo | Una vez por 12 meses |
| Reemplazo de diente roto, dentadura postiza parcial | D5640 | Sin cargo | Una vez por 12 meses |
| Agregado de diente a dentadura postiza parcial existente | D5650 | Sin cargo | Una vez por 12 meses |
| Agregado de cierre a dentadura postiza parcial existente | D5660 | Sin cargo | Una vez por 12 meses |
| Reparación de base de dentadura postiza superior completa | D5710 | Sin cargo | Una vez por 12 meses |
| Reparación de base de dentadura postiza inferior completa | D5711 | Sin cargo | Una vez por 12 meses |
| Reparación de base de dentadura postiza superior parcial | D5720 | Sin cargo | Una vez por 12 meses |
| Reparación de base de dentadura postiza inferior parcial | D5721 | Sin cargo | Una vez por 12 meses |
| Revestimiento de dentadura postiza superior completa, en consultorio | D5730 | Sin cargo | Una vez por 12 meses |
| Revestimiento de dentadura postiza inferior completa, en consultorio | D5731 | Sin cargo | Una vez por 12 meses |
| Revestimiento de dentadura postiza superior parcial, en consultorio | D5740 | Sin cargo | Una vez por 12 meses |
| Revestimiento de dentadura postiza inferior parcial, en consultorio | D5741 | Sin cargo | Una vez por 12 meses |
| Revestimiento de dentadura postiza superior completa, en laboratorio | D5750 | Sin cargo | Una vez por 12 meses |
| Revestimiento de dentadura postiza inferior completa, en laboratorio | D5751 | Sin cargo | Una vez por 12 meses |
| Revestimiento de dentadura postiza superior parcial, en laboratorio | D5760 | Sin cargo | Una vez por 12 meses |

* Consulte la sección de Exclusiones y limitaciones de este documento para obtener una explicación más detallada sobre los servicios cubiertos. Se debe obtener autorización previa de un odontólogo participante para obtener los servicios mencionados anteriormente. Tenga en cuenta que los servicios pueden estar limitados según las pautas y exclusiones de su plan. Las limitaciones de tiempo, el estado de salud dental y los beneficios alternativos pueden limitar la aprobación de los servicios.

| Servicios maxilofaciales - extraíbles (continuación)* (Pueden aplicarse exclusiones y limitaciones. Ver a continuación) | | | |
|--|-----------------------|--|----------------------------------|
| Revestimiento de dentadura postiza inferior parcial, en laboratorio | D5761 | Sin cargo | Una vez por 12 meses |
| Sobredentadura, completa | Código obsoleto D5860 | Consulte los códigos nuevos incluidos a continuación para servicios de sobredentadura. | |
| Sobredentadura, parcial | Código obsoleto D5861 | | |
| Sobredentadura, completa superior | Código nuevo D5863 | \$300 | Una vez por 60 meses |
| Sobredentadura, parcial superior | Código nuevo D5864 | \$300 | Una vez por 60 meses |
| Sobredentadura, completa inferior | Código nuevo D5865 | \$300 | Una vez por 60 meses |
| Sobredentadura, parcial inferior | Código nuevo D5866 | \$300 | Una vez por 60 meses |
| Servicios de prostodoncia - fijos* (Pueden aplicarse exclusiones y limitaciones. Ver a continuación) | | | |
| Póntico: compuesto indirecto a base de resina | D6210 | \$300 | Una vez por 60 meses, por diente |
| Póntico: metal base predominante fundido | D6211 | \$300 | Una vez por 60 meses, por diente |
| Póntico: metal noble fundido | D6212 | \$300 | Una vez por 60 meses, por diente |
| Póntico: porcelana fundida a metal altamente noble | D6240 | \$300 | Una vez por 60 meses, por diente |
| Póntico: porcelana fundida a metal base predominante | D6241 | \$300 | Una vez por 60 meses, por diente |
| Póntico: porcelana fundida a metal noble | D6242 | \$300 | Una vez por 60 meses, por diente |
| Póntico: resina con metal altamente noble | D6250 | \$300 | Una vez por 60 meses, por diente |
| Póntico: resina con metal base predominante | D6251 | \$300 | Una vez por 60 meses, por diente |

* Consulte la sección de Exclusiones y limitaciones de este documento para obtener una explicación más detallada sobre los servicios cubiertos. Se debe obtener autorización previa de un odontólogo participante para obtener los servicios mencionados anteriormente. Tenga en cuenta que los servicios pueden estar limitados según las pautas y exclusiones de su plan. Las limitaciones de tiempo, el estado de salud dental y los beneficios alternativos pueden limitar la aprobación de los servicios.

| | | | |
|--|-------|-----------|----------------------------------|
| Pónico: resina con metal noble | D6252 | \$300 | Una vez por 60 meses, por diente |
| Servicios de prostodoncia - fijos (continuación)* (Pueden aplicarse exclusiones y limitaciones. Ver a continuación) | | | |
| Retenedor: metal fundido para unión con resina | D6545 | \$300 | Una vez por 60 meses, por diente |
| Retenedor, restauración: metal altamente noble fundido, dos superficies | D6610 | \$300 | Una vez por 60 meses, por diente |
| Retenedor, corona: compuesto indirecto a base de resina | D6710 | \$300 | Una vez por 60 meses, por diente |
| Retenedor, corona: resina con metal altamente noble | D6720 | \$300 | Una vez por 60 meses, por diente |
| Retenedor, corona: resina con metal base predominante | D6721 | \$300 | Una vez por 60 meses, por diente |
| Retenedor, corona: resina con metal noble | D6722 | \$300 | Una vez por 60 meses, por diente |
| Retenedor, corona: porcelana/cerámica | D6740 | \$300 | Una vez por 60 meses, por diente |
| Retenedor, corona: porcelana fundida a metal altamente noble | D6750 | \$300 | Una vez por 60 meses, por diente |
| Retenedor, corona: porcelana fundida a metal base predominante | D6751 | \$300 | Una vez por 60 meses, por diente |
| Retenedor, corona: porcelana fundida a metal noble | D6752 | \$300 | Una vez por 60 meses, por diente |
| Retenedor, corona: metal altamente noble completamente fundido | D6790 | \$300 | Una vez por 60 meses, por diente |
| Retenedor, corona: metal base predominante completamente fundido | D6791 | \$300 | Una vez por 60 meses, por diente |
| Retenedor, corona: metal noble completamente fundido | D6792 | \$300 | Una vez por 60 meses, por diente |
| Recementado o reconstitución, por unidad | D6930 | Sin cargo | |
| Cirugía bucal y servicios maxilofaciales* (Pueden aplicarse exclusiones y limitaciones. Ver a continuación) | | | |
| Extracción de rutina | D7140 | Sin cargo | Una vez de por vida, por diente |
| Extracción quirúrgica | D7210 | Sin cargo | Una vez de por vida, por diente |

* Consulte la sección de Exclusiones y limitaciones de este documento para obtener una explicación más detallada sobre los servicios cubiertos. Se debe obtener autorización previa de un odontólogo participante para obtener los servicios mencionados anteriormente. Tenga en cuenta que los servicios pueden estar limitados según las pautas y exclusiones de su plan. Las limitaciones de tiempo, el estado de salud dental y los beneficios alternativos pueden limitar la aprobación de los servicios.

| | | | |
|---|-------|-----------|---------------------------------|
| Extracción: diente impactado en tejido blando | D7220 | Sin cargo | Una vez de por vida, por diente |
| Extracción: diente parcialmente impactado en hueso | D7230 | \$100 | Una vez de por vida, por diente |
| Extracción: diente completamente impactado en hueso | D7240 | \$100 | Una vez de por vida, por diente |

Cirugía bucal y servicios maxilofaciales (continuación)* (Pueden aplicarse exclusiones y limitaciones. Ver a continuación)

| | | | |
|--|---|-----------|--------------------------------------|
| Extracción: diente completamente impactado en hueso con complicaciones | D7241 | \$100 | Una vez de por vida, por diente |
| Extracción de raíces | D7250 | \$100 | Una vez de por vida, por diente |
| Cierre de fístula oroantral | D7260 | \$100 | Una vez de por vida, por diente |
| Exposición de diente no brotado | D7280 | \$100 | Una vez de por vida, por diente |
| Movilización de diente brotado o mal ubicado para ayudar la erupción | D7282 | \$100 | Una vez de por vida, por diente |
| Alveoloplastia, con extracción | D7310 | Sin cargo | Una vez de por vida, por cuadrante |
| Alveoloplastia, sin extracción | D7320 | Sin cargo | Una vez cada 12 meses, por cuadrante |
| Vestibuloplastia | D7340 | \$100 | |
| Extracción de lesión benigna <1.25 cm | D7410 Códigos médicos: 40810, 40812, 40814 | \$100 | |
| Extracción de lesión benigna >1.25 cm | D7411 Códigos médicos: 21034, 21044 | \$100 | |
| Extracción de lesión maligna <1.25 cm | D7440 Códigos médicos: 21034, 21044 | \$100 | |

* Consulte la sección de Exclusiones y limitaciones de este documento para obtener una explicación más detallada sobre los servicios cubiertos. Se debe obtener autorización previa de un odontólogo participante para obtener los servicios mencionados anteriormente. Tenga en cuenta que los servicios pueden estar limitados según las pautas y exclusiones de su plan. Las limitaciones de tiempo, el estado de salud dental y los beneficios alternativos pueden limitar la aprobación de los servicios.

| | | | |
|---------------------------------------|---|-------|--|
| Extracción de lesión maligna >1.25 cm | D7441 Códigos médicos: 21034, 21044 | \$100 | |
|---------------------------------------|---|-------|--|

| Cirugía bucal y servicios maxilofaciales (continuación)* (Pueden aplicarse exclusiones y limitaciones. Ver a continuación) | | | |
|---|---|-------|--|
| Extracción de quiste benigno <1.25 cm | D7450 Códigos médicos: 41825, 41826, 41827 | \$100 | |
| Extracción de quiste benigno >1.25 cm | D7451 Códigos médicos: 41825, 41826, 41827 | \$100 | |
| Extracción de quiste benigno que no es parte de la estructura dental <1.25 cm | D7460 Códigos médicos: 41825, 41826, 41827 | \$100 | |
| Extracción de quiste benigno que no es parte de la estructura dental >1.25 cm | D7461 Códigos médicos: 41825, 41826, 41827 | \$100 | |
| Extracción de exostosis lateral (superior o inferior) | D7471 Códigos médicos: 21031, 21032 | \$100 | |

* Consulte la sección de Exclusiones y limitaciones de este documento para obtener una explicación más detallada sobre los servicios cubiertos. Se debe obtener autorización previa de un odontólogo participante para obtener los servicios mencionados anteriormente. Tenga en cuenta que los servicios pueden estar limitados según las pautas y exclusiones de su plan. Las limitaciones de tiempo, el estado de salud dental y los beneficios alternativos pueden limitar la aprobación de los servicios.

| | | | |
|--|---|-----------|--|
| Extracción de torus en la mandíbula inferior | D7473 | \$100 | |
| Incisión y drenaje, intrabucal | D7510 | \$100 | |
| Incisión y drenaje, extrabucal | D7520 Códigos médicos: 40801, 41800 | \$100 | |
| Frenectomía | D7960 | \$100 | |
| Extracción de tejido hiperplásico | D7970 | \$100 | |
| Extracción de absceso pericoronar | D7971 | \$100 | |
| Servicios generales complementarios | | | |
| Tratamiento de emergencia | D9110 | Sin cargo | |
| Anestesia local que no se brinde en conjunto con procedimientos quirúrgicos u operativos | D9210 | Sin cargo | |
| Anestesia local por bloqueo regional | D9211 | Sin cargo | |
| | | | |
| Anestesia por bloqueo de división trigeminal | D9212 | Sin cargo | |
| Anestesia local que se brinde en conjunto con procedimientos quirúrgicos u operativos | D9215 | Sin cargo | |
| Consulta con especialista | D9310 | Sin cargo | |
| Consulta de observación durante el horario normal de atención en consultorio | D9430 | Sin cargo | |
| Ajuste oclusal: limitado | D9951 | Sin cargo | |
| Ajuste oclusal: completo | D9952 | Sin cargo | |

* Consulte la sección de Exclusiones y limitaciones de este documento para obtener una explicación más detallada sobre los servicios cubiertos. Se debe obtener autorización previa de un odontólogo participante para obtener los servicios mencionados anteriormente. Tenga en cuenta que los servicios pueden estar limitados según las pautas y exclusiones de su plan. Las limitaciones de tiempo, el estado de salud dental y los beneficios alternativos pueden limitar la aprobación de los servicios.

Limitaciones generales sobre los gastos dentales cubiertos

- Habitualmente, no se aprobarán las coronas si un empaste restaura la función del diente.
- Reconstrucción: No se cubre el uso de implantes dentales. Las dentaduras postizas completas o parciales no se aprobarán cuando las dentaduras postizas existentes sean útiles o en caso de pérdida, robo o roturas dentro de los cinco años.
- Tratamiento de conducto: Se debe evaluar a los pacientes según cada caso particular para determinar si las afecciones cumplen con las pautas de cobertura. Por lo general, se proporcionará la cobertura cuando la cantidad de dientes que necesiten o que probablemente necesiten un tratamiento de conducto no sea excesiva, cuando el paciente tenga una buena higiene bucal, y una boca y encías saludables, y en los siguientes casos:
 - tenga un juego completo de dientes naturales y
 - se hayan completado todas las demás restauraciones necesarias.No se cubrirá el tratamiento de conducto cuando el pronóstico del diente sea cuestionable o cuando la extracción o el reemplazo sea una opción razonable de tratamiento alternativo.

Exclusiones y limitaciones

Se aplican las siguientes exclusiones:

- Servicios odontológicos que no preste o apruebe un odontólogo participante, excepto en los casos de emergencia fuera del área.
- Servicio que no brinde un odontólogo o un higienista dental certificado bajo la supervisión de un odontólogo.
- Tratamiento de una enfermedad, defecto o lesión cubiertos por un plan médico principal, ley de indemnización laboral, ley sobre enfermedades laborales o legislación similar.
- Procedimientos odontológicos que se realicen, principalmente, por razones cosméticas o atención odontológica para tratar lesiones por accidentes, malformaciones congénitas o del desarrollo.
- Servicios que comenzaron antes de que la persona tuviera cobertura de este programa y que este no cubra.
- Implantes, injertos, recolocaciones de tejido u otras restauraciones personalizadas o técnicas especializadas.
- Procedimientos, dispositivos o restauraciones cuyo objetivo principal sea abrir la oclusión, diagnosticar o tratar la articulación temporomandibular (ATM), estabilizar el diente periodontalmente involucrado o restaurar la oclusión.
- No se cubren los servicios que no estén incluidos en el Resumen de beneficios anterior.

Se aplican las siguientes limitaciones de tiempo:

- Exámenes bucales y limpiezas: una vez cada 6 meses.
- Radiografías individuales de aleta de mordida, periapicales y panorámicas: una vez cada 12 meses.
- Radiografías de boca completa: una vez cada 36 meses.
- Dentaduras postizas: una vez cada 60 meses.
- Coronas: una vez cada 60 meses.
- Otros procedimientos determinados pueden tener limitaciones según las pautas del plan.

Pagos

Usted es responsable de pagar el costo de los servicios en los siguientes casos:

- Servicios no incluidos en el Resumen de beneficios anterior.
- Servicios que no preste o autorice un odontólogo contratado de Healthplex.
- Copagos de miembro aplicables incluidos en la sección de Resumen de beneficios anterior.

Atención de urgencia

En casos de atención de urgencia, su plan reembolsará el tratamiento paliativo (acción que alivia el dolor pero que no es curativa) hasta el 20% del coseguro o un máximo de \$65. Conserve sus recibos y toda prueba de pago (como un cheque cancelado), y envíelos a la siguiente dirección:

Elderplan Claims Department
P.O. Box 73111
Newnan, GA 30271

Decisiones de cobertura, apelaciones, quejas

Si tiene alguna queja con respecto a sus servicios de atención odontológica, incluidos los siguientes: acceso a proveedores odontológicos, cobertura de beneficios, pago por servicios o calidad de la atención, puede presentar un reclamo o una apelación, según la naturaleza del problema.

Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Su salud y su satisfacción son importantes para nosotros. Cuando tenga un problema o una inquietud, esperamos que intente un acercamiento informal llamando a Servicios para los miembros de Elderplan. Colaboraremos con usted para tratar de encontrar una solución satisfactoria a su problema.

Como miembro de nuestro plan y persona que recibe los beneficios de Medicare, tiene derechos. Nos comprometemos a respetar sus derechos, tomar de manera seria sus problemas y preocupaciones, y tratarlo con respeto.

Dos procesos formales para tratar los problemas

Algunas veces, podría necesitar un proceso formal para abordar un problema que tenga como miembro de nuestro plan.

Hay dos tipos de procesos formales para abordar los problemas:

- Para algunos tipos de problemas, necesita utilizar el **proceso de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas, necesita utilizar el **proceso de presentación de quejas**.

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Para garantizar la imparcialidad y la pronta tramitación de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

Consulte el Capítulo 9 de su Evidencia de cobertura (*Evidence of Coverage*, EOC) para obtener detalles completos sobre estos procesos y los plazos para presentar su queja y cuándo debemos tomar una determinación o enviar su queja al próximo nivel para obtener una decisión de la entidad de revisión independiente.

Elderplan Extra Help es un plan de salud HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Elderplan Extra Help depende de la renovación del contrato.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Para mas información llame a Servicios para los miembros de Elderplan al 1-800-353-3765 (TTY 711) o visite www.elderplan.org.

Elderplan, Inc.
Aviso sobre no discriminación: La discriminación es ilegal

Elderplan/HomeFirst cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Elderplan, Inc. no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Elderplan/HomeFirst:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, como por ejemplo:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como por ejemplo:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Coordinador de derechos civiles. Si considera que Elderplan/HomeFirst no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante:

Civil Rights Coordinator
6323 7th Ave
Brooklyn, NY, 11220
Teléfono: 1-877-326-9978, TTY 711
Fax: 1-718-759-3643

Puede presentar un reclamo en persona o por correo, teléfono o fax. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos, de manera electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Hay formularios de quejas disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Multi-language Interpreter Services

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Español) ATTENTION: If you speak a non-English language or require assistance in ASL, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Chino) 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 1-800-353-3765 (TTY: 711)。

(Ruso) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-353-3765 (телетайп: 711).

(Criollo francés) ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Coreano) □□: □□□□ □□□□□ □□, □□ □□ □□□□ □□□ □□□□ □ □□□□. 1-800-353-3765 (TTY: 711) □□□ □□□ □□□□.

(Italiano) ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Yidis) אויפמערקזאם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Bengali) লক্ষ্য করুনঃ যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নীঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরষিবো উপলব্ধ আছে। ফোন করুন 1-800-353-3765 (TTY: 711)

(Polaco) UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Árabe) ملحوظة: إذا كنت تتحدث لغة غير الإنجليزية أو تحتاج إلى مساعدة في ASL، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك مجاناً. اتصل برقم 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Francés) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-353-3765 (ATS: 711).

(Urdu) خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-800-353-3765 (TTY: 711)۔

(Tagalo) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Griego) ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Albanés) KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-800-353-3765 (TTY: 711).

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.