

2020



Cuidándole cada minuto, todos los días.

Manual odontológico

Elderplan Extra Help (HMO)

Del 1 de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020

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 2020 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. 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. Visite elderplan.org	2. Llame a Servicios para los Miembros	3. Directorio de proveedores y farmacias 2020
<ol style="list-style-type: none"> 1. Debajo de Para miembros, seleccione Encuentre un proveedor. 2. Seleccione Haga clic aquí para encontrar un proveedor cerca de usted. 3. Elija Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO) como su plan. 4. Debajo de Especialidad, elija Odontología. Limite los criterios de búsqueda según sus necesidades. 	<p>Línea gratuita de Elderplan: 1-800-353-3765 TTY/TDD: 711 Horario de atención: los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p> <p>Healthplex 1-888-468-5175 (TTY/TDD 1-800-662-1220) Horario de atención: de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.</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 7 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.

RESUMEN DE BENEFICIOS DEL PLAN ODONTOLÓGICO DE ELDERPLAN FOR MEDICAID BENEFICIARIES

Este Manual contiene un Resumen de beneficios odontológicos, que explica los beneficios de nuestro plan odontológico 2020 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

* Consulte la sección de Exclusiones y limitaciones de este manual para obtener una explicación más detallada sobre los servicios cubiertos. Se debe obtener autorización previa de un odontólogo participante para obtener los servicios indicados con un asterisco. 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 PREVENTIVOS Y DE DIAGNÓSTICO (continuación)			
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
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
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

* Consulte la sección de Exclusiones y limitaciones de este manual para obtener una explicación más detallada sobre los servicios cubiertos. Se debe obtener autorización previa de un odontólogo participante para obtener los servicios indicados con un asterisco. 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 de restauración (continuación)* (Pueden aplicarse exclusiones y limitaciones. Ver a continuación)			
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
Incrustación: porcelana/cerámica, dos superficies	D2620	\$250	Una vez cada 60 meses, por diente

* Consulte la sección de Exclusiones y limitaciones de este manual para obtener una explicación más detallada sobre los servicios cubiertos. Se debe obtener autorización previa de un odontólogo participante para obtener los servicios indicados con un asterisco. 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 de restauración (continuación)* (Pueden aplicarse exclusiones y limitaciones. Ver a continuación)			
Incrustación: porcelana/cerámica, tres o más superficies	D2630	\$250	Una vez cada 60 meses, por diente
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

* Consulte la sección de Exclusiones y limitaciones de este manual para obtener una explicación más detallada sobre los servicios cubiertos. Se debe obtener autorización previa de un odontólogo participante para obtener los servicios indicados con un asterisco. 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 de restauración (continuación)* (Pueden aplicarse exclusiones y limitaciones. Ver a continuación)			
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
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
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

* Consulte la sección de Exclusiones y limitaciones de este manual para obtener una explicación más detallada sobre los servicios cubiertos. Se debe obtener autorización previa de un odontólogo participante para obtener los servicios indicados con un asterisco. 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 de endodoncia (continuación)* (Pueden aplicarse exclusiones y limitaciones. Ver a continuación)			
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
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

* Consulte la sección de Exclusiones y limitaciones de este manual para obtener una explicación más detallada sobre los servicios cubiertos. Se debe obtener autorización previa de un odontólogo participante para obtener los servicios indicados con un asterisco. 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 de periodoncia (continuación)* (Pueden aplicarse exclusiones y limitaciones. Ver a continuación)			
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, superior)	D5282	\$300	Una vez por 60 meses
Dentadura postiza parcial de un solo lado (metal fundido, inferior)	D5283	\$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	

* Consulte la sección de Exclusiones y limitaciones de este manual para obtener una explicación más detallada sobre los servicios cubiertos. Se debe obtener autorización previa de un odontólogo participante para obtener los servicios indicados con un asterisco. 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)			
Ajuste de dentadura postiza inferior parcial	D5422	Sin cargo	
Reparación de dentadura postiza rota, completa	D5510	Sin cargo	Una vez por 12 meses
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

* Consulte la sección de Exclusiones y limitaciones de este manual para obtener una explicación más detallada sobre los servicios cubiertos. Se debe obtener autorización previa de un odontólogo participante para obtener los servicios indicados con un asterisco. 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 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
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

* Consulte la sección de Exclusiones y limitaciones de este manual para obtener una explicación más detallada sobre los servicios cubiertos. Se debe obtener autorización previa de un odontólogo participante para obtener los servicios indicados con un asterisco. 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)			
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
Póntico: resina con metal noble	D6252	\$300	Una vez por 60 meses, por diente
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

* Consulte la sección de Exclusiones y limitaciones de este manual para obtener una explicación más detallada sobre los servicios cubiertos. Se debe obtener autorización previa de un odontólogo participante para obtener los servicios indicados con un asterisco. 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 de prostodoncia: fijos (continuación)* (Pueden aplicarse exclusiones y limitaciones. Ver a continuación)			
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
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

* Consulte la sección de Exclusiones y limitaciones de este manual para obtener una explicación más detallada sobre los servicios cubiertos. Se debe obtener autorización previa de un odontólogo participante para obtener los servicios indicados con un asterisco. 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 bucal y servicios maxilofaciales (continuación)* (Pueden aplicarse exclusiones y limitaciones. Ver a continuación)			
Extracción: diente completamente impactado en hueso	D7240	\$100	Una vez de por vida, por diente
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	

* Consulte la sección de Exclusiones y limitaciones de este manual para obtener una explicación más detallada sobre los servicios cubiertos. Se debe obtener autorización previa de un odontólogo participante para obtener los servicios indicados con un asterisco. 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 bucal y servicios maxilofaciales (continuación)* (Pueden aplicarse exclusiones y limitaciones. Ver a continuación)			
Extracción de lesión maligna <1.25 cm	D7440 Códigos médicos: 21034, 21044	\$100	
Extracción de lesión maligna >1.25 cm	D7441 Códigos médicos: 21034, 21044	\$100	
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	

* Consulte la sección de Exclusiones y limitaciones de este manual para obtener una explicación más detallada sobre los servicios cubiertos. Se debe obtener autorización previa de un odontólogo participante para obtener los servicios indicados con un asterisco. 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 bucal y servicios maxilofaciales (continuación)*
(Pueden aplicarse exclusiones y limitaciones. Ver a continuación)

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	
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	

* Consulte la sección de Exclusiones y limitaciones de este manual para obtener una explicación más detallada sobre los servicios cubiertos. Se debe obtener autorización previa de un odontólogo participante para obtener los servicios indicados con un asterisco. 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 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 manual para obtener una explicación más detallada sobre los servicios cubiertos. Se debe obtener autorización previa de un odontólogo participante para obtener los servicios indicados con un asterisco. 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

- Por lo general, 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.
- Exámenes bucales y limpiezas: una vez cada 6 meses.

Pagos

Usted es responsable de pagar el costo de todos los demás 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 for Medicaid Beneficiaries es un plan HMO D-SNP que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Elderplan for Medicaid Beneficiaries depende de la renovación del contrato.

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 hace lo siguiente:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, como los siguientes:
 - 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 los siguientes:
 - 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)

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

Multi-language Interpreter Services

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).

(Español) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 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).

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

(Coreano) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-353-3765 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

(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).

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

(Bengali) লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নথিখরচায় 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 تتوافر 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

1-888-468-5175

de lunes a viernes,
de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.

Los usuarios de TTY/TDD
deben llamar al

1-800-662-1220

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.