

Esta es información importante sobre los cambios en la información del plan Brand New Day.

Cambios a su Aviso Anual de Cambios, Evidencia de Cobertura y Resumen de Beneficios de 2023:

Dónde puede encontrar el cambio en sus Materiales 2023:	Información original:	Información corregida:	¿Qué significa esto para usted?
Aviso anual de cambio - cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos-medicamentos recetados de la Parte B de Medicare	No incluido	2022: Paga 20% de coseguro 2023: Usted paga hasta un 20% de coseguro. Ciertos medicamentos reembolsables pueden estar sujetos a un coseguro más bajo. El costo compartido de la insulina de la Parte B no es más que un copago de \$35 por un suministro de un mes.	Usted paga hasta un 20% de coseguro por los medicamentos de la Parte B de Medicare y no más de \$35 de copago por un suministro de insulina de la Parte B de Medicare por un mes.

Evidencia de Cobertura - Capítulo 4, Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan - Medicamentos Recetados de la Parte B de Medicare	Usted paga 20% de coseguro	Usted paga hasta un 20% de coseguro. Ciertos medicamentos reembolsables pueden estar sujetos a un coseguro más bajo. El costo compartido de la insulina de la Parte B no es más que un copago de \$35 por un suministro de un mes.	Usted paga hasta un 20% de coseguro por los medicamentos de la Parte B de Medicare y no más de \$35 de copago por un suministro de insulina de la Parte B de Medicare para un mes.
Resumen de beneficios - medicamentos de la Parte B de Medicare • Medicamentos de quimioterapia • Otros medicamentos de la Parte B	<ul style="list-style-type: none"> • 20% de coseguro • 20% de coseguro 	<ul style="list-style-type: none"> • Hasta un 20% de coseguro • Hasta un 20% de coseguro. El costo compartido de la insulina de la Parte B no es más que un copago de \$35 por un suministro de un mes 	Usted paga hasta un 20% de coseguro por los medicamentos de la Parte B de Medicare y no más de \$35 de copago por un suministro de insulina de la Parte B de Medicare por un mes.

No está obligado a realizar ninguna acción en respuesta a este documento, pero le recomendamos que guarde esta información para futuras consultas.

Si tiene alguna pregunta, llámenos al 1-866-255-4795 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8:00 am a 8:00 pm los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8:00 am a 8:00 pm de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.

Brand New Day es un plan HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en este plan depende de la renovación del contrato.

brand new day

HEALTHCARE YOU CAN FEEL GOOD ABOUT

ANEXO DE BENEFICIOS DENTALES

PLAN DE SALUD DE BRAND NEW DAY

Opción obligatoria mejorada 2
CAC39

Administrado por:

 **DELTA DENTAL**

Delta Dental of California

Índice

Introducción.....	1
Definiciones.....	2
Cómo usar este plan: elección de proveedor participante	4
Continuidad de la atención	5
Accesibilidad de los centros	5
Beneficios, limitaciones y exclusiones	5
Copagos y otros cargos	6
Servicios de emergencia	6
Servicios de especialistas	6
Segunda opinión	7
Reclamos de reembolso	7
Remuneración del proveedor	7
Políticas de procesamiento	8
Coordinación de beneficios	8
Proceso de quejas y apelaciones	9
Renovación y finalización de los beneficios	9
Cancelación de la inscripción	9
Lista A: descripción de los beneficios y copagos	10
Lista B: limitaciones y exclusiones de beneficios	27

INTRODUCCIÓN

Nos complace darle la bienvenida al plan dental de BRAND NEW DAY. Delta Dental of California (“Delta Dental”) administra su plan. Nuestro objetivo es proporcionarle atención dental de alta calidad y ayudarlo a mantener una buena salud dental. Le recomendamos que no espere hasta que tenga un problema para atenderse con el dentista, sino que lo visite con regularidad.

Este plan está disponible en los siguientes condados: Alameda, Contra Costa, Fresno, Imperial, Kern, Kings, Los Ángeles, Madera, Merced, Orange, Placer, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Diego, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara, Santa Cruz, Solano, Stanislaus, Tulare y Yolo.

Cómo usar esta evidencia de cobertura

Este Anexo de beneficios dentales (el “Plan”), que incluye el Adjunto A, la Lista de copagos y el Adjunto B, Servicios, limitaciones y exclusiones, divulga los términos y condiciones de su cobertura y está diseñado para ayudarlo a aprovechar su plan dental al máximo. Le ayudará a entender cómo funciona el Plan y cómo obtener atención dental. Lea este folleto por completo con atención. Lea la sección de definiciones, que explica cualquier palabra que tenga significados especiales o técnicos en este Plan.

Las explicaciones de beneficios que se incluyen en este folleto del Plan están sujetas a todas las disposiciones del Contrato registrado con BRAND NEW DAY (“Titular del contrato”) y no modifican los términos y condiciones del Contrato de ninguna manera, ni le otorgan ningún derecho por una declaración u omisión de este folleto.

Aviso: *Este folleto del Plan es un resumen de su plan dental y se debe verificar su precisión antes de recibir tratamiento. Esta información no es una garantía de Beneficios, servicios o pagos cubiertos.*

Contáctenos

Para obtener más información, visite www1.deltadentalins.com/brand-new-day-medicare o llame al Centro de Atención al Cliente de Delta Dental al 844-282-7638 (TTY 711). Un representante de Atención al Cliente puede responder las preguntas que tenga sobre cómo obtener atención dental, ayudarlo a localizar a un Proveedor participante de Delta Dental, explicarle los Beneficios, verificar el estado de un reclamo y ayudarlo a presentar un reclamo.

Puede acceder a la línea de información automatizada de Delta Dental al 844-282-7638 (TTY 711) durante el horario laboral habitual para obtener información sobre el estado de un reclamo, la elegibilidad y los Beneficios del Miembro, o para hablar con un representante de Atención al Cliente para obtener asistencia. Si prefiere presentarle a Delta Dental sus preguntas por escrito, envíe por correo su consulta a la siguiente dirección:

Delta Dental
1130 Sanctuary Parkway
Alpharetta, GA 30009

DEFINICIONES

Los términos en mayúsculas en este folleto del Plan tienen significados definidos, que se detallan en la siguiente sección o a lo largo de las secciones del folleto.

Apelación: es algo que usted puede presentar si no está de acuerdo con la decisión de denegar una solicitud de servicios de atención dental o el pago de servicios que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de suspender los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede solicitar una apelación si nuestro Plan no paga por un servicio que cree que debería poder recibir.

Beneficios: los servicios dentales en virtud de este Plan que usted tiene derecho de recibir.

Año calendario: los 12 meses del año desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre.

Formulario de reclamo: el formulario estándar utilizado para presentar un reclamo o solicitar una Estimación previa al tratamiento.

Contrato: el Acuerdo entre el Plan de BRAND NEW DAY y Delta Dental of California para la Prestación de los servicios dentales.

Titular del contrato: Plan de BRAND NEW DAY.

Costo compartido: los importes que se pueden cobrar a un Miembro como la parte que le corresponde del costo por la prestación de servicios cubiertos. El costo compartido en virtud de este Plan consiste en los copagos indicados en el Adjunto A.

Proveedor participante de Delta Dental (Proveedor participante): se refiere a una persona con licencia para ejercer la odontología en el momento y el lugar en que se desempeña, que ha celebrado un contrato con Delta Dental mediante el cual acepta participar en este Plan y brindar servicios cubiertos de odontología general a los Miembros.

Servicio de emergencia: se trata de la atención dental brindada a un Miembro necesaria para tratar una condición dental que se manifiesta como un síntoma de suficiente gravedad, incluido el dolor intenso, de modo que el miembro pueda esperar razonablemente que la falta de atención inmediata: (i) ponga en grave peligro la salud dental del miembro, o (ii) deteriore gravemente las funciones dentales.

Fecha de entrada en vigencia: la fecha original en que comienza el Plan. Esta fecha se indica en la portada y el Adjunto A de este folleto.

Miembro: una persona con Medicare que es elegible para obtener servicios cubiertos, que se ha inscrito en el Plan y cuya inscripción ha sido confirmada por CMS.

Proveedor no participante: un dentista que no ha celebrado un acuerdo con Delta Dental para ser un Proveedor participante en virtud de este Plan.

Plan: este plan dental que describe los Beneficios, las limitaciones, las exclusiones, los términos y las condiciones de la cobertura para los Miembros inscritos en el Medicare Advantage Plan del Titular del contrato.

Año del plan: los 12 meses a partir de la Fecha de entrada en vigencia y cada periodo posterior de 12 meses.

Estimación previa al tratamiento: una estimación de los Beneficios permitidos en virtud del Plan para los servicios propuestos.

Código de procedimiento: el número de Current Dental Terminology® (CDT) asignado a un Procedimiento único por la American Dental Association.

El término **Razonable** significa que un Miembro ejerce un juicio prudente para determinar que existe una emergencia dental y hace al menos un intento de comunicarse con su Proveedor participante para obtener Servicios de emergencia y, en caso de que el Proveedor participante no esté disponible, hace al menos un intento de comunicarse con Delta Dental para obtener ayuda antes de buscar atención de otro Proveedor participante.

Procedimiento único: un procedimiento dental al que se asigna un Código de procedimiento separado.

Servicios de especialistas: se refieren a los servicios prestados por un dentista autorizado que se especializa en la práctica de la cirugía maxilofacial, endodoncia, periodoncia u odontología pediátrica, y que deben ser autorizados previamente por escrito por Delta Dental.

Tratamiento en curso: se refiere a cualquier procedimiento dental único, según lo defina el Código de procedimiento, que se inició mientras el Miembro era elegible para recibir Beneficios, y el cual requiera varias citas para completarse, ya sea que el Miembro siga siendo elegible o no para los Beneficios conforme al Plan. Estos son algunos ejemplos: dientes que se han preparado para coronas, tratamientos de conducto donde se ha establecido una longitud de trabajo, dentaduras postizas completas o parciales para las que se ha tomado una impresión.

Cómo usar este plan: elección de proveedor participante

Para recibir beneficios en virtud de este Plan, debe seleccionar un Proveedor participante del directorio de Proveedores participantes. Si no selecciona un Proveedor participante o el Proveedor participante que seleccionó no está disponible, le solicitaremos que seleccione otro o le asignaremos uno. Puede cambiar su Proveedor participante asignado enviando una solicitud al Departamento de Atención al Cliente al 844-282-7638, de lunes a domingo, de 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Para garantizar que se notifique a su Proveedor participante y que nuestras listas de elegibilidad sean correctas, los cambios en los Proveedores participantes deben solicitarse antes del día 21 del mes para que los cambios entren en vigencia el primer día del mes siguiente.

Poco después de la inscripción, recibirá un paquete de membresía que le informa la fecha de entrada en vigencia de su Plan, y la dirección y el número de teléfono de su Proveedor participante. Después de la fecha de entrada en vigencia que figura en su paquete de membresía, puede obtener servicios dentales conforme al Plan. Para programar una cita, simplemente llame al centro de su Proveedor participante e identifíquese como Miembro a través del Plan de BRAND NEW DAY. Las consultas sobre la disponibilidad de citas y accesibilidad de los Proveedores participantes deben dirigirse al Departamento de Atención al Cliente al 844-282-7638 (usuarios de TTY 711).

CADA MIEMBRO DEBE ATENDERSE CON SU PROVEEDOR PARTICIPANTE ASIGNADO PARA OBTENER LOS SERVICIOS CUBIERTOS, EXCEPTO PARA LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA O LOS SERVICIOS PROPORCIONADOS POR UN ESPECIALISTA, QUE DEBEN SER AUTORIZADOS PREVIAMENTE POR ESCRITO POR DELTA DENTAL. CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO NO ESTÁ CUBIERTO EN VIRTUD DE ESTE PLAN.

Si el acuerdo de su Proveedor participante asignado con Delta Dental finaliza, ese Proveedor participante completará (a) una dentadura postiza parcial o total para la cual se tomaron impresiones finales, y (b) todo el trabajo en cada diente en el cual se haya iniciado un trabajo (como la finalización de tratamientos de conducto en curso y entrega de coronas cuando se hayan preparado los dientes).

Continuidad de la atención

Miembros existentes:

Es posible que tengan derecho a completar la atención con el Proveedor participante cuyo contrato finalizó para ciertas afecciones dentales específicas. Llame a Atención al Cliente al 844-282-7638, de lunes a domingo, de 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si usted puede ser elegible para este beneficio. Puede solicitar una copia de nuestra Política de continuidad de la atención. Debe realizar una solicitud específica para continuar recibiendo atención del Proveedor participante cuyo contrato finalizó. No estamos obligados a continuar su atención con ese Proveedor participante si usted no es elegible para recibir la cobertura en virtud del Plan o si no podemos llegar a un acuerdo con el proveedor participante cuyo contrato finalizó con respecto a los términos de su atención.

Miembros nuevos:

Es posible que tengan derecho al beneficio calificado de completar la atención con un Proveedor no participante para ciertas afecciones dentales específicas. Llame al Departamento de Atención al Cliente al 844-282-7638, de lunes a domingo, de 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si usted puede ser elegible para este beneficio. Puede solicitar una copia de nuestra Política de continuidad de la atención. Debe realizar una solicitud específica para continuar la atención con su Proveedor no participante actual. No estamos obligados a continuar su atención con ese dentista si no es elegible para el Plan o si no podemos llegar a un acuerdo con su dentista con respecto a los términos de su atención.

Accesibilidad de los centros

Muchos centros brindan a Delta Dental información sobre las características especiales de sus consultorios, incluida la información de accesibilidad para pacientes con problemas de movilidad. Para obtener información sobre la accesibilidad del centro, comuníquese con el Departamento de Atención al Cliente de Delta Dental al 844-282-7638, de lunes a domingo, de 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Beneficios, limitaciones y exclusiones

Este Plan brinda los Beneficios descritos en el Adjunto A, Descripción de beneficios y copagos, sujeto a las limitaciones y exclusiones descritas en el Adjunto B. Los servicios se brindan según lo considere apropiado el Proveedor participante que lo atiende. Un Proveedor participante puede proporcionar servicios ya sea personalmente o a través de dentistas, técnicos o higienistas asociados que puedan realizar legalmente los servicios.

Copagos y otros cargos

Debe pagar cualquier Copago que se indique en el Adjunto A, Descripción de beneficios y copagos, directamente al proveedor participante o especialista que proporcione el tratamiento. En la Descripción de beneficios y copagos, se enumeran los cargos por citas incumplidas (a menos que el dentista reciba un aviso con al menos 24 horas de anticipación o una emergencia impidió dicho aviso) y los cargos por visitas después del horario de visita normal.

Servicios de emergencia

Si se necesitan servicios de emergencia, debe comunicarse con su Proveedor participante siempre que sea posible. Si usted es un Miembro nuevo que necesita Servicios de emergencia, pero aún no tiene un Proveedor participante asignado, comuníquese con el Departamento de Atención al Cliente de Delta Dental al 844-282-7638, de lunes a domingo, de 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días a la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda para encontrar un Proveedor participante. Los Beneficios de Servicios de emergencia de un Proveedor no participante están limitados a la atención necesaria para estabilizar su condición o proporcionar alivio paliativo en los siguientes casos:

- 1) cuando haya hecho un intento Razonable de comunicarse con el Proveedor participante y dicho proveedor no esté disponible o no pueda atenderlo en un plazo de 24 horas después de hacer contacto;
- 2) cuando haya hecho un intento Razonable de comunicarse con Delta Dental antes de recibir los Servicios de emergencia, o sea Razonable que acceda a los Servicios de emergencia sin contacto previo con Delta Dental;
- 3) cuando considere razonablemente que su condición hace que sea inapropiado desde el punto de vista dental/médico desplazarse hasta donde está el proveedor participante para recibir servicios de emergencia.

Los Beneficios de Servicios de emergencia no proporcionados por el proveedor participante están limitados a un máximo de \$100.00 por emergencia menos el Copago aplicable. Si se excede el máximo o no se cumplen las condiciones anteriores, usted será responsable de cualquier cargo por los servicios prestados por un dentista que no sea su Proveedor participante.

Servicios de especialistas

Los Servicios de especialistas deben ser referidos por el Proveedor participante asignado y contar con autorización previa por escrito de Delta Dental. Nosotros pagaremos todos los Servicios de especialistas con autorización previa, menos los Copagos aplicables.

Segunda opinión

Puede solicitar una segunda opinión si no está de acuerdo con la determinación del diagnóstico o el plan de tratamiento realizada por su Proveedor participante, o si la cuestiona. Delta Dental también puede solicitar que usted obtenga una segunda opinión para verificar la necesidad y la idoneidad del tratamiento dental o la aplicación de Beneficios.

Las segundas opiniones serán emitidas por un dentista autorizado de manera oportuna, conforme a la naturaleza de su condición. Las solicitudes que involucren casos de amenaza inminente y grave para la salud serán expeditas (autorización aprobada o denegada dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de la solicitud, siempre que sea posible). Para obtener más asistencia o información sobre los procedimientos y plazos para las autorizaciones de segundas opiniones, comuníquese con el Departamento de Atención al Cliente de Delta Dental al 844-282-7638, de lunes a domingo, de 8 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 711), o escriba a Delta Dental.

Las segundas opiniones se proporcionarán en el centro de otro Proveedor participante, a menos que Delta Dental autorice lo contrario. Delta Dental autorizará una segunda opinión de un Proveedor no participante si no hubiera un Proveedor participante calificado disponible. Delta Dental solo pagará por una segunda opinión que haya aprobado o autorizado. Se le enviará una notificación por escrito si Delta Dental decide no autorizar una segunda opinión. Si no está de acuerdo con esta determinación, puede presentar una Apelación ante BRAND NEW DAY. Consulte la sección de este folleto titulada “Proceso de quejas y apelaciones” a continuación para obtener una explicación de cómo presentar una Apelación.

Reclamos de reembolso

Los reclamos por los Servicios de emergencia o Servicios de especialistas autorizados previamente deben enviarse a Delta Dental dentro de los 90 días posteriores al final del tratamiento. Se revisarán los reclamos válidos recibidos después del período de 90 días si puede demostrar que no era razonablemente posible presentar el reclamo en ese momento. La dirección para el envío de reclamos es Claims Department, P. O. Box 1810, Alpharetta, GA 30023.

Remuneración del proveedor

Delta Dental le paga a un proveedor participante a través de una capitación mensual (un importe basado en la cantidad de Miembros asignados al Proveedor participante) y los Miembros lo hacen a través de los Costos compartidos requeridos por el tratamiento recibido. Delta Dental le paga a un especialista mediante un monto acordado por cada procedimiento cubierto, menos el copago aplicable pagado por el miembro. En ningún caso, Delta Dental pagará a un proveedor participante o a un Especialista ningún incentivo para negar, reducir, limitar o retrasar cualquier tratamiento correspondiente.

En caso de que no paguemos a un Proveedor participante, usted no será responsable ante ese Proveedor participante por ningún monto adeudado por nosotros. El contrato del Proveedor participante con Delta Dental contiene una disposición que prohíbe que el Proveedor participante cobre a un Miembro por cualquier monto adeudado por Delta Dental. Salvo por las disposiciones de los Servicios de emergencia, si no ha recibido una Autorización previa para el tratamiento de un Especialista o Proveedor no participante, y no le pagamos a ese dentista, es posible que sea responsable ante ese dentista por el costo de los servicios.

Puede obtener más información sobre la remuneración llamando a Delta Dental al número de teléfono gratuito que figura en este folleto.

Políticas de procedimiento

Las pautas de atención dental del Plan explican a los Proveedores participantes qué servicios están cubiertos por el Contrato dental. Los Proveedores participantes utilizarán su juicio profesional para determinar qué servicios son apropiados para el Miembro. Los servicios prestados por el Proveedor participante que se encuentran dentro del alcance de los beneficios del Plan dental se brindan sujetos a los Copagos. Si un Proveedor participante considera que un miembro debe recibir tratamiento de un especialista, el proveedor participante se comunica con Delta Dental para determinar si el tratamiento propuesto es un beneficio cubierto. Delta Dental también determinará si el tratamiento propuesto requiere el tratamiento de un especialista. El Miembro puede comunicarse con el Departamento de Atención al Cliente de Delta Dental al 844-282-7638, de lunes a domingo, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 711), para obtener información sobre las pautas de atención dental del Plan.

Coordinación de beneficios

Este Plan brinda Beneficios sin tener en cuenta la cobertura de cualquier otra póliza de seguro grupal o cualquier otro Plan de beneficios de salud grupal si la otra póliza o Plan cubre los servicios o gastos además de la atención dental. De lo contrario, los Beneficios provistos en virtud de este Plan por Especialistas o Proveedores no participantes se coordinan con la otra póliza de seguro dental grupal o cualquier Plan de beneficios dentales grupal. La determinación de qué póliza o Plan es el principal se regirá por las reglas establecidas en el Contrato.

Si este plan es secundario, pagará el monto menor de los siguientes:

- el importe que habría pagado en ausencia de cualquier otra cobertura de beneficios dentales;
- el costo de desembolso total del miembro pagadero según el plan de beneficios dentales principal.

El Miembro debe proporcionar la información a Delta Dental, que puede divulgar u obtener de

cualquier compañía de seguros u otra organización cualquier información sobre el Miembro que sea necesaria para administrar la coordinación de beneficios. Delta Dental, a su entera discreción, determinará si se justifica algún reembolso a una compañía de seguros u otra organización en virtud de estas disposiciones de coordinación de beneficios, y dicho reembolso pagado se considerará parte de los Beneficios en virtud de este Plan. Delta Dental tendrá derecho a recobrar de un dentista, Miembro, compañía de seguros u otra organización, a elección de Delta Dental, el importe de cualquier Beneficio pagado por Delta Dental que exceda sus obligaciones en virtud de estas disposiciones de coordinación de beneficios.

Proceso de quejas y apelaciones

Nos comprometemos a garantizarle no solo la calidad de la atención, sino también la calidad en el proceso de tratamiento. Esta calidad de tratamiento se extiende desde los servicios profesionales prestados por Proveedores participantes a la cortesía que le brindan nuestros representantes telefónicos. Si tiene alguna pregunta o queja sobre la elegibilidad, la denegación de servicios dentales o reclamos, las políticas, los procedimientos o las operaciones de Delta Dental o la calidad de los servicios dentales prestados por un Proveedor participante, tiene derecho a presentar una queja o apelación ante BRAND NEW DAY. Consulte su folleto de Evidencia de cobertura de BRAND NEW DAY para obtener información sobre el proceso de quejas o comuníquese con BRAND NEW DAY al 866-255-4795, que figura en su tarjeta de identificación de miembro del Plan de BRAND NEW DAY.

Renovación y finalización de los beneficios

El presente Plan se renueva en el aniversario del plazo del contrato a menos que informemos un cambio en las primas o Beneficios y BRAND NEW DAY no acepte el cambio. Todos los Beneficios finalizan para cualquier Miembro a partir de la fecha en que este Plan finalice, dicha persona deje de ser elegible conforme a los términos de este Plan, o la inscripción de dicha persona se cancele en virtud de los términos de este plan. No estamos obligados a seguir prestando beneficios a ninguna persona en tal caso, excepto por completar los Procedimientos únicos iniciados mientras este plan estaba vigente.

Cancelación de la inscripción

A fin de ser elegible para recibir los Beneficios en virtud de este plan, usted debe estar inscrito en uno de los diversos planes de salud o productos de Medicare Advantage ofrecidos por BRAND NEW DAY. Si pierde su elegibilidad o cancela su inscripción en virtud de su plan de BRAND NEW DAY, usted no es elegible para recibir los Beneficios en virtud de este plan. Consulte su folleto de Evidencia de cobertura de BRAND NEW DAY para conocer los términos y condiciones de inscripción.

LISTA A

Descripción de beneficios y copagos DHMO, CAC39: Opción obligatoria mejorada 2

Los Beneficios que se muestran a continuación se prestarán según lo considere apropiado el Dentista contratado a cargo, en virtud de las limitaciones y exclusiones del Programa. Consulte la Lista B para obtener más aclaraciones sobre los Beneficios. **Los miembros deben analizar todas las opciones de tratamiento con su dentista contratado antes de que se presten los servicios.**

El texto que aparece en cursiva a continuación tiene la intención específica de aclarar la provisión de beneficios conforme al programa DHMO y no debe interpretarse como terminología dental actual (“CDT”), códigos de procedimiento CDT-2023, descriptores o nomenclatura que están bajo los derechos de autor de la Asociación Dental Americana (American Dental Association, “ADA”). La ADA puede cambiar periódicamente las definiciones o los códigos CDT. Dichos códigos, descriptores y nomenclatura actualizados pueden usarse para describir estos procedimientos cubiertos de conformidad con la legislación federal.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	EL MIEMBRO PAGA
D0100-D0999	I. SERVICIOS DIAGNÓSTICOS	
D0120	Evaluación oral periódica, paciente establecido	Sin costo
D0140	Evaluación oral limitada, enfoque en el problema	Sin costo
D0150	Evaluación oral integral, paciente nuevo o existente	Sin costo
D0160	Evaluación oral detallada y extensiva, enfocada en el problema, por informe: <i>1 cada 6 meses</i>	Sin costo
D0170	Reevaluación: limitada, problema enfocado (paciente establecido; no después de una visita quirúrgica), <i>1 cada 6 meses</i>	Sin costo
D0171	Reevaluación, visita posquirúrgica al consultorio	Sin costo
D0180	Evaluación periodontal integral, pacientes nuevos o existentes: <i>1 cada 6 meses</i>	Sin costo
D0190	Prueba de detección de un paciente	Sin costo
D0191	Evaluación de un paciente	Sin costo
D0210	Intraoral, serie completa de imágenes radiográficas: <i>limitada a 1 serie cada 2 años</i>	Sin costo
D0220	Intraoral, periapical, primera imagen radiológica	Sin costo
D0230	Intraoral, periapical, cada imagen radiográfica adicional	Sin costo
D0240	Intraoral, imagen radiológica oclusal	Sin costo
D0250	Extraoral, imagen radiográfica de proyección 2D creada con una fuente de radiación estacionaria y un detector	Sin costo
D0251	Extraoral, imagen radiológica dental posterior	Sin costo
D0270	Radiografías de aleta de mordida, imagen radiológica única	Sin costo

D0272	Radiografías de aleta de mordidas, dos imágenes radiológicas: <i>limitadas a 1 cada 12 meses, por proveedor</i>	Sin costo
D0273	Radiografías de aleta de mordidas, tres imágenes radiológicas: <i>limitadas a 1 cada 12 meses, por proveedor</i>	Sin costo
D0274	Radiografías de aleta de mordidas, cuatro imágenes radiológicas: <i>limitadas a 2 cada año, por proveedor</i>	Sin costo
D0277	Radiografías verticales de aleta de mordidas, de 7 a 8 imágenes radiológicas	Sin costo
D0330	Imagen radiológica panorámica	Sin costo
D0340	Imagen radiográfica cefalométrica 2D, adquisición, medición y análisis	Sin costo
D0460	Pruebas de vitalidad pulpar	Sin costo
D0470	Modelos de diagnóstico	Sin costo
D0601	Evaluación de riesgo de caries y documentación, con un hallazgo de riesgo bajo: <i>1 cada 12 meses</i>	Sin costo
D0602	Evaluación de riesgo de caries y documentación, con un hallazgo de riesgo moderado: <i>1 cada 12 meses</i>	Sin costo
D0603	Evaluación de riesgo de caries y documentación, con un hallazgo de alto riesgo: <i>1 cada 12 meses</i>	Sin costo
D0999	Procedimientos de diagnóstico no especificados, por informe: <i>incluye la visita al consultorio, por visita (además de otros servicios)</i>	Sin costo
D1000-D1999 II. SERVICIOS PREVENTIVOS		
D1110	Limpieza de profilaxis, adultos: <i>limitada a 2 por año</i>	Sin costo
D1206	Aplicación tópica de barniz de fluoruro	Sin costo
D1208	Aplicación tópica de fluoruro, sin barniz	Sin costo
D1310	Asesoramiento nutricional para control de enfermedades dentales	Sin costo
D1320	Orientación sobre el tabaquismo para el control y la prevención de enfermedades orales	Sin costo
D1330	Instrucciones para la higiene oral	Sin costo
D1352	Restauración preventiva con resina de un paciente con riesgo moderado a alto de caries, diente permanente, <i>limitado a primeros y segundos molares permanentes</i>	\$10.00
D1353	Reparación con sellador, por diente, <i>limitada a primeros y segundos molares permanentes</i>	\$10.00
D1354	Aplicación de medicamento para detener la caries, por diente: <i>1 cada 6 meses</i>	\$12.00
D1510	Espaciadores, fijos, unilaterales, por cuadrante	\$75.00
D1516	Espaciadores, fijos, bilaterales, maxilares	\$95.00
D1517	Espaciadores, fijos, bilaterales, mandibulares	\$95.00

D1520	Espaciadores, removibles, unilaterales, por cuadrante	\$75.00
D1526	Espaciadores, removibles, bilaterales, maxilares	\$95.00
D1527	Espaciadores, removibles, bilaterales, mandibulares	\$95.00
D1551	Recementado o readherencia del mantenedor de espacio bilateral, maxilar	\$20.00
D1552	Recementado o readherencia del mantenedor de espacio bilateral, mandibular	\$20.00
D1553	Recementado o readherencia del mantenedor de espacio unilateral, por cuadrante	\$20.00
D1556	Retiro de los espaciadores, fijos, unilaterales, por cuadrante	Sin costo
D1557	Retiro de los espaciadores, fijos, bilaterales, maxilares	Sin costo
D1558	Retiro de los espaciadores fijos unilaterales, por cuadrante	Sin costo

D2000-D2999 III. SERVICIOS DE RESTAURACIÓN

- Incluye pulido, todos los adhesivos y agentes de pegamento, recubrimiento pulpar indirecto, bases, revestimientos y procedimientos de limpieza química.

- Reemplazo de coronas, incrustaciones intracoronarias y extracoronarias, requiere que la restauración existente tenga más de 5 años de antigüedad.

- Los rellenos están limitados a uno de amalgama, relleno de resina compuesta por superficie por diente, cada 2 años calendario.

- Las coronas o los púnticos de marca, procesados por el laboratorio o procesados en el consultorio y producidos a través de una técnica o materiales especializados son actualizaciones de material. El dentista contratado puede cobrarle un importe adicional que no debe exceder los \$325.00 además del copago indicado. Consulte la limitación de beneficios N.º 3 para obtener más información.

- El beneficio es la base de metal. Si una corona, púntico, incrustación intracoronaria o extracoronaria o un poste y muñón indirectamente fabricados están compuestos de un metal noble o metal noble de alta resistencia, se le cobrará una tarifa adicional de hasta \$250.00 por diente por la mejora. Este cargo también se aplica a una corona de titanio.

- La porcelana y otros materiales de color de diente (resina) en los molares se considera una mejora de material con un cargo máximo adicional de \$250.00 para el miembro.

D2140	Amalgama, una superficie, primaria o permanente	\$40.00
D2150	Amalgama, dos superficies, primarias o permanentes	\$50.00
D2160	Amalgama, tres superficies, primarias o permanentes	\$60.00
D2161	Amalgama, cuatro o más superficies, primarias o permanentes	\$70.00
D2330	Composite a base de resina, una superficie, anterior	\$60.00
D2331	Composite a base de resina, dos superficies, anterior	\$70.00
D2332	Composite a base de resina, tres superficies, anterior	\$80.00
D2335	Composite a base de resina, cuatro o más superficies o con ángulo incisal (anterior)	\$90.00

D2390	Corona de composite a base de resina, anterior	\$98.00
D2391	Composite a base de resina, una superficie, posterior	\$90.00
D2392	Composite a base de resina, dos superficies, posterior	\$100.00
D2393	Composite a base de resina, tres superficies, posterior	\$110.00
D2394	Composite a base de resina, cuatro o más superficies, posterior	\$120.00
D2510	Incrustación, metálica, una superficie	\$300.00
D2520	Incrustación, metálica, dos superficies	\$300.00
D2530	Incrustación, metálica, tres o más superficies	\$300.00
D2542	Incrustación extracoronaria, metálica, dos superficies	\$400.00
D2543	Incrustación extracoronaria, metálica, tres superficies	\$400.00
D2544	Incrustación extracoronaria, metálica, cuatro o más superficies	\$400.00
D2610	Incrustación, porcelana/cerámica, una superficie	\$400.00
D2620	Incrustación, porcelana/cerámica, dos superficies	\$400.00
D2630	Incrustación, porcelana/cerámica, tres superficies	\$400.00
D2642	Incrustación extracoronaria, porcelana/cerámica, dos superficies	\$400.00
D2643	Incrustación extracoronaria, porcelana/cerámica, tres superficies	\$400.00
D2644	Incrustación extracoronaria, porcelana/cerámica, cuatro o más superficies	\$400.00
D2650	Incrustación, composite a base de resina, una superficie	\$400.00
D2651	Incrustación, composite a base de resina, dos superficies	\$400.00
D2652	Incrustación, composite a base de resina, tres o más superficies	\$400.00
D2662	Incrustación extracoronaria, composite a base de resina, dos superficies	\$400.00
D2663	Incrustación extracoronaria, composite a base de resina, tres superficies	\$400.00
D2664	Incrustación extracoronaria, composite a base de resina, cuatro o más superficies	\$400.00
D2710	Corona, composite a base de resina (indirecto), limitada a permanente, dientes anteriores	\$200.00
D2712	Corona, 3/4 de composite a base de resina (indirecto)	\$200.00
D2720	Corona, resina con metal noble de alta resistencia	\$200.00
D2721	Corona, resina con predominio de metal base	\$200.00
D2722	Corona, resina con metal noble	\$200.00
D2740	Corona, porcelana/cerámica;	\$400.00
D2750	Corona, porcelana fundida a un metal noble de alta resistencia	\$350.00
D2751	Corona, porcelana fundida a un metal predominantemente común	\$275.00
D2752	Corona, porcelana fundida a un metal noble	\$400.00

D2780	Corona, 3/4 de metal noble de alta resistencia	\$400.00
D2781	Corona, 3/4 de metal predominantemente común	\$400.00
D2782	Corona, 3/4 de metal noble fundido	\$400.00
D2783	Corona, 3/4 de porcelana/cerámica	\$400.00
D2790	Corona, recubrimiento completo de metal noble de alta resistencia	\$400.00
D2791	Corona, recubrimiento completo de metal predominantemente común	\$400.00
D2792	Corona, recubrimiento completo de metal noble	\$400.00
D2794	Corona, titanio y aleaciones de titanio	\$400.00
D2799	Corona provisional (corona temporal), es necesario un tratamiento adicional o completar el diagnóstico antes de la impresión final	\$25.00
D2910	Recementación o readherencia de incrustación intracoronaria, incrustación extracoronaria, carilla o restauración de cobertura parcial	\$50.00
D2915	Recementación o readherencia indirecta de poste y muñón fabricados o prefabricados	\$50.00
D2920	Recementación o readherencia de corona	\$50.00
D2921	Reinserción de fragmento de diente, borde incisal o cúspide (anterior)	\$98.00
D2929	Corona prefabricada de porcelana/cerámica, diente primario	\$190.00
D2930	Corona prefabricada de acero inoxidable, diente primario	\$150.00
D2931	Corona prefabricada de acero inoxidable, diente permanente: <i>1 cada 36 meses</i>	\$170.00
D2932	Corona de resina prefabricada, diente primario anterior: <i>1 cada 36 meses</i>	\$170.00
D2933	Corona prefabricada de acero inoxidable con ventana de resina: <i>1 cada 36 meses</i>	\$190.00
D2940	Restauración de protección	\$40.00
D2941	Restauración terapéutica provisional, dentición primaria	\$40.00
D2949	Fundación restauradora para una restauración indirecta	\$150.00
D2950	Reconstrucción del muñón, incluye los pines cuando sea necesario	\$150.00
D2951	Retención con perno, por diente, además de la restauración	\$50.00
D2952	Poste y muñón, además de la corona, indirectamente fabricado: <i>incluye el canal preparación</i>	\$220.00
D2953	Cada poste adicional (mismo diente), indirectamente fabricado: <i>incluye preparación del conducto</i>	\$110.00
D2954	Poste y muñón prefabricados además de la corona, <i>muñón de metal base: incluye preparación del canal</i>	\$160.00
D2957	Cada muñón adicional prefabricado, mismo diente, <i>muñón de base metálica: incluye preparación de canal</i>	\$90.00

D2971	Procedimientos adicionales para personalizar una corona para que encaje debajo de una estructura de dentadura postiza parcial existente.	\$50.00
D2975	Cofia de impresión	\$110.00
D2980	Reparación de corona necesaria por falla del material de restauración	\$25.00
D2981	Reparación de la incrustación necesaria por falla del material de restauración	\$25.00
D2982	Reparación del recubrimiento necesaria por falla del material de restauración	\$25.00
D2983	Reparación de carillas necesaria por falla del material de restauración	\$25.00
D2990	Infiltración con resina de lesiones incipientes de superficie lisa	\$65.00

D3000-D3999 IV. SERVICIOS DE ENDODONCIA

- Los servicios de endodoncia están limitados a 1 por diente, de por vida (es decir un tratamiento de conducto).

D3110	Recubrimiento pulpar, directo (excluye la restauración final)	\$25.00
D3120	Recubrimiento pulpar, indirecto (excluye la restauración final)	\$40.00
D3220	Pulpotomía terapéutica (excluye la restauración final), extracción de pulpa coronal a la unión dentinocementaria y aplicación de medicamento	\$150.00
D3221	Desbridamiento pulpar, diente primario y permanente	\$150.00
D3230	Tratamiento pulpar (empaste reabsorbible), diente anterior, primario (excluye la restauración final)	\$180.00
D3240	Tratamiento pulpar (empaste reabsorbible), diente posterior, primario (excluye la restauración final)	\$300.00
D3310	<i>Tratamiento de conducto</i> , tratamiento endodóntico, diente anterior (excluye la restauración final)	\$380.00
D3320	<i>Tratamiento de conducto</i> , tratamiento endodóntico, diente premolar (excluye la restauración final)	\$490.00
D3330	<i>Tratamiento de conducto</i> , tratamiento de endodoncia, diente molar (sin incluir la restauración final)	\$620.00
D3331	Tratamiento para la obstrucción de tratamiento del conducto, sin acceso quirúrgico	\$180.00
D3332	Terapia endodóntica incompleta; diente inoperable, no restaurable o fracturado	\$200.00
D3333	Reparación radicular interna de defectos de perforación	\$160.00
D3346	Retratamiento para tratamiento anterior de conducto, anterior	\$500.00
D3347	Retratamiento para tratamiento anterior de conducto, premolar	\$620.00
D3348	Retratamiento de terapia de conducto anterior, molar	\$720.00

D3351	Apexificación/recalcificación, visita inicial (cierre apical/reparación calcificada de perforaciones, reabsorción radicular, etc.)	\$190.00
D3352	Apexificación/recalcificación, reemplazo de medicamento provisional	\$130.00
D3353	Apexificación/recalcificación, visita final (incluye tratamiento de conducto radicular completado, cierre apical/reparación calcificada de perforaciones, reabsorción radicular, etc.)	\$150.00
D3410	Apicectomía, diente anterior	\$420.00
D3421	Apicectomía, premolar (conducto de diente primario)	\$460.00
D3425	Apicectomía, molar (conducto de diente primario)	\$480.00
D3426	Apicectomía (cada conducto adicional)	\$150.00
D3427	Cirugía perirradicular sin apicectomía	\$360.00
D3430	Obturación retrógrada, por conducto	\$130.00
D3450	Amputación de conductos, por conducto	\$220.00
D3920	Hemisección (incluye cualquier extracción de raíz), sin incluir el tratamiento de conducto	\$190.00
D3921	Decoronación o inmersión de un diente erupcionado	\$80.00

D4000-D4999 V. SERVICIOS DE PERIODONCIA

- Incluye evaluaciones pre y postoperatorias y tratamiento bajo anestesia local.

- No más de 2 cuadrantes de raspados y alisados radiculares por cita/por día permitidos.

D4210	Gingivectomía o gingivoplastía, cuatro o más dientes contiguos o diente delimitado por espacios por cuadrante: una vez por cuadrante cada 36 meses	\$220.00
D4211	Gingivectomía o gingivoplastía, uno a tres dientes contiguos o diente delimitado por espacios por cuadrante: una vez por cuadrante cada 36 meses	\$150.00
D4212	Gingivectomía o gingivoplastía para permitir el acceso para el procedimiento de restauración, por diente: una vez por cuadrante cada 36 meses	\$150.00
D4240	Procedimiento de colgajo gingival, incluye el alisado radicular: cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados por dientes por cuadrante	\$540.00
D4241	Procedimiento de colgajo gingival, incluye el alisado radicular: de uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados por dientes por cuadrante	\$540.00
D4245	Colgajo apicalmente colocado	\$425.00
D4249	Alargamiento clínico de corona, tejido duro	\$500.00

D4260	Cirugía ósea (incluye la elevación de un colgajo de espesor total y el cierre), cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados por los dientes por cuadrante: <i>una vez por cuadrante en 36 meses</i>	\$780.00
D4261	Cirugía ósea (incluye la elevación de un colgajo de espesor total y el cierre), de uno a tres dientes contiguos o espacios limitados por los dientes por cuadrante: <i>una vez por cuadrante en 36 meses</i>	\$550.00
D4263	Reemplazo para injerto óseo, diente natural retenido, primer sitio de cuadrante	\$360.00
D4264	Injerto de reemplazo óseo, diente natural retenido, cada sitio adicional en el cuadrante	\$300.00
D4270	Procedimiento de injerto de tejidos blandos	\$400.00
D4274	Procedimiento de cuña mesial/distal, diente único (cuando no se realiza junto con procedimientos quirúrgicos en la misma área anatómica)	\$320.00
D4277	Procedimiento de injerto de tejido blando libre (incluye el receptor y los sitios quirúrgicos de donantes) primer diente, implante o posición de diente edéntulo en injerto	\$480.00
D4278	Procedimiento de injerto de tejido blando libre (incluye los sitios quirúrgicos del receptor y del donante) cada diente contiguo adicional, implante o posición de diente edéntulo en el mismo sitio de injerto	\$480.00
D4341	Raspado periodontal y alisado radicular, cuatro o más dientes por cuadrante: <i>limitados a 1 por cuadrante por año</i>	\$60.00
D4342	Raspado periodontal y alisado radicular, uno a tres dientes por cuadrante: <i>limitados a 1 por cuadrante por año</i>	\$35.00
D4346	Raspado en presencia de inflamación gingival moderada o severa generalizada, boca llena, después de evaluación oral: <i>1 D1110 o D4346 cada 6 meses</i>	\$15.00
D4355	Desbridamiento de toda la boca para permitir una evaluación y un diagnóstico orales completos en una visita posterior: <i>limitado a 1 tratamiento en 12 meses consecutivos cualesquiera</i>	\$40.00
D4381	Administración localizada de agentes antimicrobianos a través de un vehículo de liberación controlada en el tejido crevicular enfermo, por diente: <i>incluido como parte de otros procedimientos periodontales cubiertos</i>	\$40.00
D4910	Mantenimiento periodontal: limitado a 1 tratamiento cada 6 meses	\$40.00
D4921	Irrigación gingival con un agente medicinal, por cuadrante	Sin costo

D5000-D5899 VI. SERVICIOS DE PROSTODONCIA (removible)

- Para todas las dentaduras postizas y parciales enumeradas, el copago incluye arreglos después de ajustes y acondicionamiento de tejido, de ser necesario, para los primeros seis meses después de la colocación. Para todas las dentaduras postizas y parciales inmediatas enumeradas, el copago incluye otros ajustes de la entrega y acondicionamiento de tejidos, de ser necesario, para los primeros tres meses después de la colocación. Debe seguir siendo elegible y el servicio debe brindarse en el centro del Dentista contratado donde se entregó originalmente la dentadura postiza.

- Las reconstrucciones, revestimientos y acondicionamiento de tejidos están limitados a 2 por dentaduras postizas por año calendario.

- El reemplazo de una dentadura completa o parcial requiere que la misma tenga 5 años o más de antigüedad.

D5110	Dentadura postiza completa, maxilar	\$450.00
D5120	Dentadura postiza completa, mandibular	\$450.00
D5130	Dentadura postiza inmediata, maxilar	\$600.00
D5140	Dentadura postiza, mandibular	\$600.00
D5211	Dentadura parcial maxilar, base de resina (incluye los materiales de retención/sujeción, apoyos y dientes)	\$500.00
D5212	Dentadura postiza parcial mandibular, base de resina (incluye los materiales de retención/sujeción, apoyos y dientes)	\$500.00
D5213	Dentadura postiza parcial maxilar, estructura de metal fundido con bases de prótesis de resina (incluye los materiales de sujeción/retención, apoyos y dientes)	\$600.00
D5214	Dentadura postiza parcial mandibular, estructura de metal fundido con bases de dentadura postiza de resina (incluye los materiales de sujeción/retención, apoyos y dientes)	\$600.00
D5221	Dentadura parcial maxilar inmediata, base de resina (incluye los materiales de retención/sujeción, apoyos y dientes)	\$350.00
D5222	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata, base de resina (incluye los materiales de sujeción/retención, apoyos y dientes)	\$350.00
D5223	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata, estructura de recubrimiento de metal con bases de prótesis de resina (incluye los materiales de sujeción/retención, apoyos y dientes)	\$600.00
D5224	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata, estructura de recubrimiento de metal con bases de dentadura postiza de resina (incluye los materiales de sujeción/retención, apoyos y dientes)	\$600.00
D5225	Dentadura parcial maxilar: base flexible (incluyendo materiales de retentiva/clasificación, descansos y dientes): los aparatos prostéticos se reemplazarán solo después de cinco años transcurridos desde el momento de la colocación	\$600.00
D5226	Dentadura postiza parcial mandibular, base flexible (incluye los materiales de retención/sujeción, apoyos y dientes)	\$600.00

D5410	Ajuste de dentadura postiza completa, maxilar	Sin costo
D5411	Ajuste de dentadura postiza completa, mandibular	Sin costo
D5421	Ajuste de dentadura postiza parcial, maxilar	Sin costo
D5422	Ajuste de dentadura postiza parcial, mandibular	Sin costo
D5511	Reparación de la base de prótesis completa rota, mandibular	\$100.00
D5512	Reparación de la base de prótesis completa rota, maxilar	\$100.00
D5520	Reemplazo de los dientes faltantes o rotos, dentadura completa (cada diente)	\$80.00
D5611	Reparación de dentadura postiza parcial de base de resina, mandibular	\$120.00
D5612	Reparación de dentadura postiza parcial de base de resina, maxilar	\$120.00
D5621	Reparación parcial de estructura de recubrimiento, mandibular	\$140.00
D5622	Reparación parcial de estructura de recubrimiento, maxilar	\$140.00
D5630	Reparación o reemplazo de los materiales de retención/clasificación rotos, por diente	\$140.00
D5640	Reemplazo de dientes rotos, por diente	\$100.00
D5650	Adición de diente a la dentadura parcial existente	\$100.00
D5660	Adición de puente a la dentadura parcial existente	\$120.00
D5670	Reemplazo de todos los dientes y acrílico en estructura de metal fundido (maxilar)	\$300.00
D5671	Reemplazo de todos los dientes y acrílico en estructura de metal fundido (mandibular)	\$300.00
D5710	Reparación de la base de dentadura postiza maxilar	\$200.00
D5711	Reparación de la base de la dentadura postiza maxilar	\$200.00
D5720	Reparación de la base de la dentadura parcial maxilar	\$200.00
D5721	Reparación de la base de la dentadura parcial mandibular	\$200.00
D5730	Rebasado de la dentadura maxilar completa (en el consultorio)	\$100.00
D5731	Rebasado de la dentadura mandibular completa (en el consultorio)	\$100.00
D5740	Rebasado de la dentadura maxilar parcial (en el consultorio)	\$100.00
D5741	Rebasado de la dentadura mandibular parcial (en el consultorio)	\$100.00
D5750	Rebasado de la dentadura maxilar completa (en el laboratorio)	\$200.00
D5751	Rebasado de la dentadura mandibular completa (en el laboratorio)	\$200.00
D5760	Rebasado de la dentadura maxilar parcial (en el laboratorio)	\$200.00
D5761	Rebasado de la dentadura mandibular parcial (en el laboratorio)	\$200.00

D5820	Dentadura postiza parcial provisional (incluye los materiales de retención/clasificación, apoyos y dientes), maxilar: <i>limitada a 1 en cualquiera de los 12 meses consecutivos</i>	\$300.00
D5821	Dentadura postiza parcial provisional (incluye los materiales de retención/clasificación, apoyos y dientes), mandibular: <i>limitada a 1 en cualquiera de los 12 meses consecutivos</i>	\$300.00
D5850	Preparación del tejido, maxilar	\$50.00
D5851	Preparación de tejido, mandibular	\$50.00
D5863	Sobredentadura, completa, maxilar	\$450.00
D5864	Sobredentadura, parcial, maxilar	\$450.00

D5900-D5999 VII. PRÓTESIS MAXILOFACIAL: no cubierta

D6000-D6199 VIII. SERVICIOS DE IMPLANTE

Todos los servicios asociados con implantes se enumeran en el importe actual del copago del miembro. No se permite un costo adicional para la porcelana, el metal noble, el metal noble de alta resistencia o el titanio para procedimientos asociados con implantes.

D6010	Colocación quirúrgica de la prótesis del implante: implante endosteal	\$1,023.00
D6011	Cirugía de implante de segunda etapa	\$247.00
D6012	Colocación quirúrgica de implante corporal provisional	\$726.00
D6013	Colocación quirúrgica de mini implante	\$665.00
D6040	Colocación quirúrgica: implante endosteal	\$2,160.00
D6050	Colocación quirúrgica: implante transóseo	\$2,051.00
D6055	Barra de conexión: soporte de implante o pilar compatible	\$250.00
D6056	Pilar prefabricado, incluye modificación y colocación	\$418.00
D6057	Pilar personalizado	\$486.00
D6058	Corona de porcelana/cerámica apoyada en un diente pilar	\$1,110.00
D6059	Corona de porcelana fusionada con metal (metal noble de alta resistencia) apoyada en un diente pilar	\$1,096.00
D6060	Corona de porcelana fusionada con metal (metal predominantemente común) apoyada en un diente pilar	\$350.00
D6061	Corona de porcelana fusionada con metal (metal noble) apoyada en un diente pilar	\$1,056.00
D6062	Corona de metal fundido (metal noble de alta resistencia) apoyada en diente pilar	\$1,003.00
D6063	Corona de metal fundido (metal predominantemente común) apoyada en un diente pilar	\$861.00
D6064	Corona de metal fundido (metal noble) apoyada en diente pilar	\$912.00

D6065	Corona sobre implante de porcelana/cerámica	\$1,040.00
D6066	Corona sobre implante de porcelana fundida con aleaciones de metal noble de alta resistencia	\$1,013.00
D6067	Corona sobre implante, aleaciones de metal noble de alta resistencia	\$984.00
D6068	Retenedor apoyado en dientes pilares para porcelana/cerámica FPD	\$1,110.00
D6069	Retenedor apoyado en dientes pilares para porcelana fundida sobre metal FPD (metal noble de alta resistencia)	\$1,096.00
D6070	Retenedor apoyado en dientes pilares para porcelana fundida con metal FPD (metal predominantemente común)	\$1,035.00
D6071	Retenedor apoyado en dientes pilares para porcelana fundido en metal FPD (metal noble)	\$1,056.00
D6072	Retenedor apoyado en dientes pilares para recubrimiento de metal FPD (metal noble de alta resistencia)	\$1,028.00
D6073	Retenedor apoyado en dientes pilares para recubrimiento de metal FPD (metal predominantemente común)	\$930.00
D6074	Retenedor apoyado en dientes pilares para recubrimiento de metal FPD (metal noble)	\$1,005.00
D6075	Retenedor sobre implante para cerámica FPD	\$1,092.00
D6076	Retenedor sobre implante para FPD, porcelana fundida con aleaciones de metal noble de alta resistencia	\$1,064.00
D6077	Retenedor sobre implante para metal FPD, aleaciones de metal noble de alta resistencia	\$984.00
D6082	Corona sobre implante, porcelana fundida con aleaciones de metal predominantemente común	\$350.00
D6090	Reparación de prótesis de implante	\$127.00
D6091	Reemplazo de la parte reemplazable	\$136.00
D6092	Recementado o readherencia de corona sobre implante/dientes pilares	\$45.00
D6093	Recementado o readherencia de dentadura postiza parcial fija sobre implante/dientes pilares	\$65.00
D6094	Corona apoyada en dientes pilares, titanio y aleaciones de titanio	\$670.00
D6096	Retiro de tornillo de retención del implante roto	\$45.00
D6101	Desbridamiento de un defecto periimplantario	\$263.00
D6102	Desbridamiento/contorno óseo del defecto periimplantario	\$47.00
D6103	Injerto óseo para reparación de defecto periimplantario	\$263.00
D6194	Corona retenedora apoyada sobre dientes pilares, FPD, titanio y aleaciones de titanio	\$400.00
D6197	Reemplazo de material de restauración utilizado para cerrar una abertura de acceso de una prótesis apoyada en tornillos, por implante	\$60.00

D6200-D6999 IX. SERVICIOS DE PROSTODONCIA, fija (cada retenedor y cada pónico constituyen una unidad en una dentadura postiza parcial fija [puente])

- *Reemplazo de una corona, pónico, intracoronaria, extracoronaria o liberador de tensión requiere que el puente existente tenga 5 años o más de antigüedad.*

- *Las coronas o los pónicos de marca, procesados por el laboratorio o procesados en el consultorio y producidos a través de una técnica o materiales especializados son actualizaciones de material. El dentista contratado puede cobrarle un importe adicional que no debe exceder los \$325.00 además del copago indicado. Consulte la limitación de beneficios N.º 3 para obtener más información.*

- *El beneficio es la base de metal. Si una corona, pónico, incrustación intracoronaria o extracoronaria o un poste y muñón indirectamente fabricados están compuestos de un metal noble o metal noble de alta resistencia, se le cobrará una tarifa adicional de hasta \$250.00 por diente por la mejora. Este cargo también se aplica a una corona de titanio.*

- *La porcelana y otros materiales de color de diente (resina) en los molares se considera una mejora de material con un cargo máximo adicional de \$250.00 para el miembro.*

D6210	Pónico: recubrimiento de metal noble de alta resistencia	\$400.00
D6211	Pónico: recubrimiento de metal predominantemente común	\$400.00
D6212	Pónico: recubrimiento de metal noble	\$400.00
D6240	Pónico: porcelana fundida a un metal noble de alta resistencia	\$400.00
D6241	Pónico: porcelana fundida a un metal predominantemente común	\$400.00
D6242	Pónico: porcelana fundida a un metal noble	\$400.00
D6243	Pónico, porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio	\$400.00
D6245	Pónico, porcelana/cerámica	\$400.00
D6250	Pónico, resina con metal noble de alta resistencia	\$200.00
D6251	Pónico, resina con metal predominantemente común	\$200.00
D6252	Pónico, resina con metal noble	\$200.00
D6600	Incrustación de retención, porcelana/cerámica, dos superficies	\$400.00
D6601	Incrustación de retención, porcelana/cerámica, tres o más superficies	\$400.00
D6602	Incrustación de retención, recubrimiento de metal noble de alta resistencia, dos superficies	\$375.00
D6603	Incrustación de retención, recubrimiento de metal noble de alta resistencia, tres o más superficies	\$375.00
D6604	Incrustación de retención, recubrimiento de metal predominantemente común, dos superficies	\$350.00
D6605	Incrustación de retención, recubrimiento de metal predominantemente común, tres o más superficies	\$350.00

D6606	Incrustación de retención, recubrimiento de metal noble, dos superficies	\$360.00
D6607	Incrustación de retención, recubrimiento de metal noble, tres o más superficies	\$360.00
D6608	Incrustación extracoronaria de retención, porcelana/cerámica, dos superficies	\$400.00
D6609	Incrustación extracoronaria de retención, porcelana/cerámica, tres o más superficies	\$400.00
D6610	Incrustación extracoronaria de retención, recubrimiento noble de metal de alta resistencia, dos superficies	\$375.00
D6611	Incrustación extracoronaria de retención, recubrimiento de metal noble de alta resistencia, tres o más superficies	\$375.00
D6612	Incrustación extracoronaria de retención, recubrimiento de metal predominantemente común, dos superficies	\$350.00
D6613	Incrustación extracoronaria de retención, recubrimiento de metal predominantemente común, tres o más superficies	\$350.00
D6614	Incrustación extracoronaria de retención, recubrimiento de metal noble, dos superficies	\$360.00
D6615	Incrustación extracoronaria de retención, recubrimiento de metal noble, tres o más superficies	\$360.00
D6720	Corona retenedora, resina con metal noble de alta resistencia	\$200.00
D6721	Corona retenedora, resina con metal predominantemente común	\$200.00
D6722	Corona retenedora, resina con metal noble	\$200.00
D6740	Corona retenedora, porcelana/cerámica	\$400.00
D6750	Corona retenedora, porcelana fundida con metal noble de alta resistencia	\$400.00
D6751	Corona retenedora, porcelana fundida con metal predominantemente común	\$400.00
D6752	Corona retenedora, porcelana fundida con metal noble	\$400.00
D6780	Corona retenedora, recubrimiento de 3/4 de metal noble de alta resistencia	\$400.00
D6781	Corona retenedora, recubrimiento de 3/4 de metal predominantemente común	\$400.00
D6782	Corona retenedora, recubrimiento de 3/4 de metal noble	\$400.00
D6790	Corona retenedora, recubrimiento completo de metal noble de alta resistencia	\$400.00
D6791	Corona retenedora, recubrimiento completo de metal predominantemente común	\$400.00
D6792	Corona retenedora, recubrimiento completo de metal noble	\$400.00
D6930	Recementado o readherencia de dentadura parcial fija	\$60.00

D6940	Liberador de tensión	\$25.00
D6980	Reparación de dentadura postiza parcial fija necesaria por falla del material de restauración	\$25.00
D6999	Procedimiento protésico fijo no especificado, por informe	Sin costo

D7000-D7999 X. SERVICIOS DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

- Incluye evaluaciones pre y postoperatorias y tratamiento bajo anestesia local.

D7111	Extracción, restos de coronas, diente primario	Sin costo
D7140	Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta (elevación o extracción con fórceps)	\$40.00
D7210	Extracción, diente erupcionado que requiere extracción de hueso o sección del diente, incluye la elevación del colgajo mucoperióstico si corresponde	\$100.00
D7220	Extracción de diente impactado, tejido blanco	\$210.00
D7230	Extracción de diente impactado, parcialmente óseo	\$290.00
D7240	Extracción de diente impactado, completamente óseo	\$360.00
D7241	Extracción de diente impactado, completamente óseo, con complicaciones quirúrgicas inusuales	\$350.00
D7250	Eliminación de raíces dentales residuales (con incisión)	\$210.00
D7251	Coronectomía, extracción parcial intencional de dientes, solo dientes impactados	\$350.00
D7270	Reimplante de diente o estabilización de diente avulsionado o desplazado accidentalmente	\$340.00
D7280	Exposición de un diente saliente	\$210.00
D7282	Movilización de diente saliente o mal posicionado para ayudar a que salga	\$290.00
D7283	Colocación de dispositivo para facilitar la erupción del diente impactado	\$250.00
D7286	Biopsia incisional de tejido oral, blando: no incluye procedimientos patológicos de laboratorio	\$260.00
D7310	Alveoloplastia junto con extracciones, cuatro o más dientes o espacios dentales, por cuadrante	\$150.00
D7311	Alveoloplastia junto con extracciones, de uno a tres dientes o espacios dentales, por cuadrante	\$150.00
D7320	Alveoloplastia separada de extracciones, cuatro o más dientes o espacios entre dientes, por cuadrante	\$170.00
D7321	Alveoloplastia separada de extracciones, de uno a tres dientes o espacios dentales, por cuadrante	\$170.00

D7450	Extirpación de quiste o tumor odontogénico benigno, diámetro de la lesión hasta 1.25 cm	\$380.00
D7451	Extirpación de quiste o tumor odontogénico benigno, diámetro de la lesión mayor de 1.25 cm	\$380.00
D7471	Extirpación de exostosis lateral (maxilar o mandíbula)	\$330.00
D7472	Remoción de rodete palatino	\$330.00
D7473	Remoción de rodete mandibular	\$330.00
D7509	Marsupialización de quiste odontogénico	\$380.00
D7510	Incisión y drenaje de absceso, tejido blando intraoral	\$40.00
D7960	Frenulectomía, también conocida como Frenectomía o Frenotomía, procedimiento separado que no es incidental a otro procedimiento	\$180.00
D7970	Escisión de tejido hiperplástico, por arcada	\$170.00
D7971	<i>Escisión de gingiva pericoronal</i>	\$120.00
D8000-D8999	XI. SERVICIOS DE ORTODONCIA: no cubiertos	
D9000-D9999	XII. SERVICIOS GENERALES ADICIONALES	
D9110	<i>Tratamiento paliativo del dolor dental, por consulta</i>	\$20.00
D9211	Anestesia regional de bloqueo	Sin costo
D9212	Anestesia por bloqueo de la división trigeminal	Sin costo
D9215	Anestesia local junto con procedimientos operativos o quirúrgicos	Sin costo
D9219	Evaluación para sedación moderada, sedación profunda o anestesia general: <i>1 cada 6 meses</i>	Sin costo
D9222	Sedación profunda/anestesia general, primeros 15 minutos	\$75.00
D9223	Sedación profunda/anestesia general, cada incremento subsiguiente de 15 minutos	\$75.00
D9239	Sedación/analgesia intravenosa moderada (consciente), primeros 15 minutos	\$75.00
D9243	Sedación/analgesia intravenosa moderada (consciente), cada incremento subsiguiente de 15 minutos	\$75.00
D9310	Consulta, servicio de diagnóstico proporcionado por un dentista o un médico que no sea el dentista o el médico solicitante	\$40.00
D9311	Consulta con un profesional médico de la salud	Sin costo
D9430	Visita al consultorio para observación (durante el horario regular), no se realizan otros servicios	Sin costo
D9440	Visita al consultorio, después del horario habitual	\$50.00
D9450	Presentación del caso, posterior a la planificación detallada y extensa del tratamiento.	Sin costo

D9932	Limpieza e inspección de dentadura postiza completa removible, maxilar: <i>1 cada 6 meses</i>	Sin costo
D9933	Limpieza e inspección de dentadura postiza completa removible, mandibular: <i>1 cada 6 meses</i>	Sin costo
D9934	Limpieza e inspección de prótesis parcial removible, maxilar: <i>1 cada 6 meses</i>	Sin costo
D9935	Limpieza e inspección de dentadura postiza parcial removible, mandibular: <i>1 cada 6 meses</i>	Sin costo
D9943	Ajuste de protector oclusal	\$10.00
D9944	Protector oclusal, aparato duro, arcada completa: <i>limitado a 1 D9944, D9945 o D9946 en 3 años</i>	\$300.00
D9945	Protector oclusal, aparato blando, arcada completa: <i>limitado a 1 D9944, D9945 o D9946 en 3 años</i>	\$300.00
D9946	Protector oclusal, aparato duro, arcada parcial: <i>limitado a 1 D9944, D9945 o D9946 en 3 años</i>	\$300.00
D9950	Análisis oclusal, caja montada	\$160.00
D9951	Ajuste oclusal, limitado, solo para dientes naturales	\$70.00
D9952	Ajuste oclusal, completo, para dentición permanente	\$120.00
D9975	Blanqueamiento externo para aplicación en el hogar, por arcada; incluye materiales y fabricación de bandejas personalizadas	\$170.00
D9986	Cita incumplida, <i>sin aviso de 24 horas</i>	Sin costo
D9987	Cita cancelada, sin aviso de 24 horas	Sin costo
D9991	Administración de casos dentales, abordaje de barreras para el cumplimiento de citas	Sin costo
D9992	Administración de casos dentales, coordinación de la atención	Sin costo
D9995	Teleodontología, sincronizada; encuentro en tiempo real	Sin costo
D9996	Teleodontología, asíncrona; información almacenada y enviada al dentista para su revisión posterior	Sin costo

LISTA B

Limitaciones de beneficios

1. La frecuencia de ciertos Beneficios está limitada. Todas las limitaciones de frecuencia se detallan en *la Lista A, Descripción de beneficios y copagos*.
2. La anestesia general o la sedación/analgesia intravenosa se limita al tratamiento realizado por un cirujano oral para la extracción de una o más impactaciones óseas parciales o totales (Procedimientos D7230, D7240 y D7241);
3. Los Dentistas contratados pueden ofrecer servicios que utilizan nombres de marca o registrados con una tarifa adicional. Se deben ofrecer al Miembro los beneficios del plan que consisten en coronas/dientes postizos procesados por un laboratorio de alta calidad, que pueden incluir: porcelana/cerámica; porcelana con base, metal noble o muy noble. Si el miembro elige la alternativa de una actualización de material (corona/pónticos de marca procesada en laboratorio o procesados en el consultorio producidos a través de técnicas o materiales especializados, incluidos, entre otros, Captek, Procera, Lava, Empress y Cerec), el dentista contratado puede cobrar una tarifa adicional que no supere los \$325.00 además del copago indicado. Comuníquese con el Departamento de Atención al Cliente al 800-422-4234, si tiene preguntas con relación al cobro adicional o los servicios de marca.

Exclusión de beneficios

1. Cualquier procedimiento que no se detalle específicamente en la Lista A, Descripción de beneficios y copagos.
2. Cualquier procedimiento que, en la opinión profesional del Dentista contratado:
 - a. tenga un pronóstico deficiente para obtener un resultado exitoso y una longevidad razonable con base en la condición de la pieza o piezas dentales o estructuras circundantes;
 - b. no sea coherente con las normas aceptadas generalmente en odontología.
3. Servicios exclusivamente para usos cosméticos, con excepción del procedimiento D9975 (Blanqueamiento externo para aplicación en el hogar, por arcada), o para afecciones que son el resultado de defectos hereditarios o de desarrollo, como paladar hendido, malformaciones de mandíbula superior e inferior, ausencia congénita de dientes y dientes descoloridos o sin esmalte, excepto para el tratamiento de recién nacidos con defectos congénitos o anomalías en el nacimiento.
4. Pérdida o robo de aparatos, que incluyen, entre otros, las dentaduras postizas completas o parciales, los mantenedores de espacio, las coronas y las dentaduras postizas parciales fijas (puentes).

5. Procedimientos, aparatos o restauración, si el propósito es cambiar la dimensión vertical o diagnosticar o dar tratamiento a condiciones anormales de la articulación temporomandibular (TMJ).
6. Metales preciosos para aparatos removibles, bases blandas metálicas o permanentes para prótesis completas, dentaduras de porcelana, pilares de precisión para prótesis parciales removibles o prótesis parciales fijas (sobreimpresiones, implantes y aparatos asociados) y personalización y caracterización de prótesis completas y parciales.
7. Aparatos y accesorios dentales con soporte de implantes, colocación de implantes, mantenimiento, retiro y todos los demás servicios asociados con un implante dental, a menos que se indique como un beneficio cubierto.
8. Consultas para beneficios no cubiertos.
9. Servicios dentales recibidos de cualquier centro dental que no sea el Dentista contratado asignado o un especialista dental autorizado previamente, excepto los Servicios de Emergencia descritos en el contrato o la Evidencia de Cobertura.
10. Todos los honorarios relacionados con el ingreso, el uso o las estadías en un hospital, centro quirúrgico ambulatorio, centro de cuidados extendidos, servicios de salud en el hogar u otro centro de atención similar.
11. Servicios de ambulancia.
12. Equipo médico duradero.
13. Servicios de salud mental.
14. Servicios de tratamiento de la farmacodependencia.
15. Medicamentos recetados.
16. Anestesia general o sedación/analgesia intravenosa.
17. Los gastos dentales incurridos en conexión con cualquier procedimiento dental u ortodóntico iniciados antes de la elegibilidad del Miembro con el Programa DHMO. Estos son algunos ejemplos: dientes preparados para coronas, canales radiculares en curso, dentaduras postizas completas o parciales para las cuales se han tomado una impresión y ortodoncia.
18. Tratamiento o aparatos que son proporcionados por un Dentista cuya práctica se especializa en servicios de prótesis.
19. El tratamiento de ortodoncia debe ser proporcionado por un dentista autorizado. La ortodoncia autoadministrada no está cubierta.
20. La remoción de aparatos de ortodoncia fijos por razones que no sean la finalización del tratamiento no es un beneficio cubierto.

Nota

brand new day

HEALTHCARE YOU CAN FEEL GOOD ABOUT

