



Plan Dental 100

Resumen de Beneficios

ESTE RESUMEN FUE DISEÑADO PARA AYUDARLE A COMPARAR SUS BENEFICIOS DE COBERTURA. PARA UNA DESCRIPCION DETALLADA DE SUS BENEFICIOS Y SUS LIMITACIONES DE COBERTURA, FAVOR DE CONSULTAR SU EVIDENCIA DE COBERTURA Y EL CONTRATO DE SU PLAN.

Cómo utilizar su seguro dental

Su seguro dental le brinda acceso a una red de proveedores dentales que no requieren el pago de un deducible o de formularios adicionales por llenar. Para agendar su cita, incluyendo consultas con especialistas o servicios de emergencia, favor de comunicarse a la Línea para el Miembro al (855) 633-4392.

CARACTERISTICAS DEL PLAN	PROVEEDORES DENTRO DE LA RED
Deducible por Año Calendario	\$0
Beneficio Anual Máximo	Ninguno

ADA CODE	SERVICIOS CUBIERTOS	COPAGO
SERVICIOS DE DIAGNOSTICO		
D0120	Examen bucal periódico	\$0
D0210	Intraoral – serie completa de imágenes radiográficas	\$0
D0220	Intraoral – primera imagen radiográfica periapical	\$0
D0460	Prueba de vitalidad pulpar	\$0
SERVICIOS PREVENTIVOS		
D1110	Limpieza (Profilaxis) - Adultos	\$0
D1120	Limpieza (Profilaxis) - Niños	\$0
D1203	Fluoruro – Niños	\$0
D1204	Fluoruro – Adultos	\$0
- Los servicios preventivos o de diagnóstico pueden ser sujetos a limitaciones de edad y frecuencia. Favor de consultar su Evidencia de Cobertura para más detalles.		
MANTENEDORES DE ESPACIO		
D1510	Mantenedor de espacio – fijo - unilateral	\$30
D1520	Mantenedor de espacio – removible - unilateral	\$30
SERVICIOS DE RESTAURACION		
DIENTES PRIMARIOS O PERMANENTES		
D2140	Amalgamas – 1 superficie en dientes temporales o permanentes	\$10
D2150	Amalgamas – 2 superficies en dientes temporales o permanentes	\$12
D2160	Amalgamas – 3 superficies en dientes temporales o permanentes	\$15
D2161	Amalgamas – 4 o más superficies en dientes temporales o permanentes	\$15
D2330	Composite a base de resina – 1 superficie, anterior	\$25
D2331	Composite a base de resina – 2 superficies, anteriores	\$25
D2332	Composite a base de resina – 3 superficies, anteriores	\$30
D2335	Composite a base de resina – 4 o más superficies, o que involucre el ángulo incisal (anteriores)	\$30

CORONAS/PUENTES		
D2740	Corona – porcelana/cerámica	\$190
D2751	Corona – porcelana fundida en base predominantemente de metal	\$160
D2791	Corona – corona con recubrimiento total a base de metal, predominantemente	\$50
D2910	Recementado o readhesión de incrustaciones, sobreincrustaciones, carillas o restauraciones de cobertura parcial	\$15
D2920	Recementado o readhesión de corona	\$15
D2930	Corona prefabricada de acero inoxidable – diente temporal	\$35
D2931	Corona prefabricada de acero inoxidable – diente permanente	\$40
D2950	Refuerzo del muñon, incluyendo espigas o pernos si se necesitan	\$40
D2952	Perno o muñon (core) además de la corona, fabricados indirectamente	\$45
D6211	Póntico – de metal colado predominantemente de baja ley	\$120
D6241	Póntico – porcelana fundida en metal predominantemente de baja ley	\$100
D6251	Póntico – resina en metal predominantemente de baja ley	\$120
- La rehabilitación bucal completa se define como 6 unidades o más de coronas y/o pónticos cubiertos bajo un plan de tratamiento.		
- Los cargos por corona o puente son por unidad. No habrá cargo adicional por el costo actual del oro/metal noble.		
ENDODONCIA		
D3110	Recubrimiento pulpar – directo (excluye restauración final)	\$30
D3120	Recubrimiento pulpar – indirecto (excluye restauración final)	\$30
D3220	Pulpotomía terapéutica (no incluye la restauración final)	\$20
D3310	Terapia de endodoncia, diente anterior (no incluye la restauración final)	\$100
D3320	Terapia de endodoncia, diente premolar (no incluye la restauración final)	\$100
D3330	Terapia de endodoncia, diente molar (no incluye la restauración final)	\$140
D3346	Retratamiento de terapia previa del conducto radicular – diente anterior	\$160
D3410	Apicectomía - anterior	\$120
D3430	Retro-obturación – por raíz	\$70
PERIODONCIA		
D4210	Gingivectomía o gingivoplastia – 4 o más dientes – por cuadrante	\$80
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia – 1 a 3 dientes – por cuadrante	\$50
D4260	Cirugía ósea (incluye aleta de entrada y cierre) 4 o más dientes – por cuadrante	\$80
D4341	Raspado periodontal y alisado radicular – 4 o más dientes por cuadrante	\$30
PROTESIS - REMOVIBLES		
D5110	Prótesis total - superior	\$210
D5120	Prótesis total - inferior	\$210
D5130	Prótesis inmediata - superior	\$210
D5140	Prótesis inmediata - inferior	\$210
D5211	Prótesis parcial superior – base de resina (incluyendo retenedor/materiales de sujeción, descanso y dientes)	\$160
D5212	Prótesis parcial inferior – base de resina (incluyendo retenedor/materiales de sujeción, descanso y dientes)	\$160
D5213	Prótesis parcial superior – esqueleto de metal colado con base de resina para prótesis (incluyendo cualquier retenedor, descanso y dientes convencionales)	\$200
D5214	Prótesis parcial inferior – esqueleto de metal colado con base de resina para prótesis (incluyendo cualquier retenedor, descanso y dientes convencionales)	\$200
D5410	Ajuste de prótesis total superior	\$30
D5411	Ajuste de prótesis total inferior	\$30
D5421	Ajuste de prótesis parcial superior	\$30
D5422	Ajuste de prótesis parcial inferior	\$30
PROTESIS - REPARACIONES		
D5510	Reparación de la base fracturada de una prótesis total	\$30
D5520	Reemplazo de dientes perdidos o quebrados – prótesis total (cada diente)	\$30
D5610	Reparación de base de una prótesis de resina	\$30
D5630	Reparación o reemplazo de retenedor/materiales de sujeción rotos - por diente	\$30
D5640	Reemplazo de dientes rotos – por diente	\$30
D5650	Adición de un diente a una prótesis parcial existente	\$30

D5660	Agregado de gancho a dentadura parcial existente, por diente	\$25
D5730	Reajuste de una prótesis total superior (consultorio)	\$30
D5731	Reajuste de una prótesis total inferior (consultorio)	\$30
D5740	Reajuste de una prótesis parcial superior (consultorio)	\$30
D5741	Reajuste de una prótesis parcial inferior (consultorio)	\$30
D5750	Reajuste de una prótesis total superior (laboratorio)	\$45
D5751	Reajuste de una prótesis total inferior (laboratorio)	\$45
D5760	Reajuste de una prótesis parcial superior (laboratorio)	\$45
D5761	Reajuste de una prótesis parcial inferior (laboratorio)	\$45
D5820	Prótesis parcial provisional (superior)	\$45
CIRUGIA ORAL		
D7210	Extracción de dientes erupcionados que requieren el levantamiento de un colgajo mucoperióstico y la remoción de hueso y/o la sección de un diente	\$25
D7220	Remoción de diente impactado – tejido blanco	\$65
D7230	Remoción de diente impactado – parcialmente en hueso	\$75
D7240	Remoción de diente impactado – totalmente en hueso	\$120
D7310	Alveoloplastia con extracciones – 4 o más dientes – por cuadrante	\$25
D7510	Incisión y drenaje de absceso – tejido blanco intraoral	\$30
D7960	Frenulectomía (frenectomía o frenotomía) – procedimiento independiente que no acompañe a otro procedimiento	\$40
OTROS SERVICIOS		
D9110	Tratamiento paliativo (de emergencia) para dolores dentales – procedimiento menor	\$20
D9440	Visita al consultorio- después de las horas normales de atención	\$10
D9999	Cita incumplida / paciente no asistió o no cancelo antes de 24 horas	\$10
EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DEL PLAN*		
D8080	Tratamiento de ortodoncia integral de la dentición adolescente	\$1,200
D8090	Tratamiento de ortodoncia integral de la dentición adulta	\$1,400

***Algunos servicios que pudieran no ser cubiertos bajo el Plan:**

1. Aquellos servicios o materiales que están cubiertos en su totalidad o en parte:
 - (a) bajo cualquier otra parte de este Plan; o
 - (b) bajo cualquier otro Plan de beneficios proporcionados por o a través de su empleador.
2. Aquellos servicios o materiales para diagnosticar o tratar una enfermedad o lesión que no es:
 - (a) una enfermedad no ocupacional; o
 - (b) una lesión no ocupacional.
3. Aquellos servicios o materiales no mencionados dentro de este Resumen Dental, a menos que se especifique lo contrario en la Evidencia de Cobertura.
4. Aquellos servicios o materiales para sustituir la pérdida o el robo de un aparato, o aquellos para sustituir a un aparato dañado por abuso, mal uso o negligencia.
5. Aquellos servicios relacionados con cirugía plástica, reconstructiva o estética, u otros servicios o, materiales dentales, cuya intención principal es para modificar o mejorar la apariencia.
6. Aquellos servicios o materiales que son o que están relacionados con procedimientos, medicamentos u otros materiales dentales que MediExcel Health Plan determina como experimental o bajo investigación clínica.
7. Aquellos servicios o materiales relacionados con cualquiera de los siguientes:
 - (a) Un aparato dental o su modificación, si su impresión fue hecha antes de que la persona se convirtiera en un afiliado cubierto bajo el Plan;
 - (b) Una corona, puente o molde, o su restauración procesada, si el diente fue preparado para ello antes de que la persona se convirtiera en un afiliado cubierto bajo el Plan;
 - (c) Terapia de endodoncia, si la cámara pulpar fue abierta para ella antes de que la persona se convirtiera

en un afiliado cubierto bajo el Plan.

8. Aquellos servicios o materiales para mantenedores de espacio, excepto cuando sean necesarios para preservar el espacio debido a la pérdida prematura de dientes temporales.

9. Aquellos servicios o materiales proporcionados por un proveedor dental fuera de la red del Plan.

10. Aquellos servicios o materiales para una corona, un molde, o restauración procesada, a menos que:

(a) Sea un tratamiento por deterioro o por una lesión traumática y los dientes no pueden ser restaurados con un material de relleno; o

(b) El diente es un pilar de una dentadura parcial o un puente fijo cuyos están cubiertos bajo el Plan.

11. Aquellos servicios o materiales para pósticos, coronas, moldes o restauraciones procesadas hechas con metales nobles, a menos que se especifique lo contrario en la Evidencia de Cobertura.

12. Aquellos servicios o materiales para la extirpación quirúrgica de las muelas del juicio sólo por razones de ortodoncia, a menos que se especifique lo contrario en la Evidencia de cobertura.

13. Aquellos servicios o materiales que son necesarios solo en conexión con servicios o materiales no cubiertos bajo el Plan.

14. Cualquier exclusión anterior no se aplicará a medida que se requiera que el cargo sea cubierto bajo cualquier ley que aplica a la cobertura.

***Este es un listado parcial de exclusiones y limitaciones del Plan, otras pudieran aplicar. Favor de consultar su Evidencia de Cobertura para más detalles. Para preguntas adicionales, favor de comunicarse a la Línea para el Miembro al (855) 633-4392.**