California Dental Network

A DentaQuest company

DentaQuest Family Dental HMO

Contrato de afiliación individual

Enero de 2027

California Dental Network

A DentaQuest company

Contrato de afiliación individual
Documento combinado de evidencia de cobertura
y
formulario de divulgación

DentaQuest Family Dental HMO

*Los beneficios dentales son proporcionados por California Dental Network. California Dental Network opera bajo el nombre de DentaQuest. En este documento, California Dental Network se denominará DentaQuest.

Este formulario combinado de evidencia de cobertura y divulgación constituye únicamente un resumen del plan de salud. Debe consultarse el contrato del plan de salud para determinar los términos y condiciones exactos de la cobertura.

Previa solicitud, se le proporcionará una copia de este Documento combinado de evidencia de cobertura y formulario de divulgación al progenitor no cubierto que tenga la custodia de un hijo.

El presente Contrato de afiliación individual, Documento combinado de evidencia de cobertura y formulario de divulgación, debe leerse completa y detenidamente, y las personas con necesidades especiales de atención médica deben leer detenidamente las secciones que les correspondan.

Los solicitantes pueden recibir información adicional sobre los beneficios del plan llamando al (949) 830-1600, línea gratuita, 1-855-425-4164.

La tabla de cobertura y beneficios del plan de salud dental se encuentra al final de este Contrato de afiliación individual, Documento combinado de evidencia de cobertura y formulario de divulgación.

Tabla de Resumen de beneficios de DentaQuest Family Dental HMO

Esta tabla está pensada para ayudarle a comparar los beneficios de cobertura y es solo un resumen. Consulte esta Evidencia de cobertura y su Esquema de copagos y beneficios cubiertos para obtener más información sobre los servicios cubiertos por su plan.

Family Dental HMO	Hijos (hasta los 19 años de edad)	Adulto (a partir de los 19 años)
Valor actuarial	89.9%	No calculado
Deducibles	Ninguno	Ninguno
Máximos de desembolso personal	Hijo individual: $350	No aplica
	Dos o más hijos en una familia: $700	No aplica
Copago de consulta	Sin cargo	Sin cargo

Periodo de espera		Ninguno	Ninguno
Límite de beneficio anual		Ninguno	Ninguno
Servicios profesionales	Los copagos varían según el procedimiento y pueden consultarse en el *Esquema de copagos para afiliados de* 2027, que se incluye. Las categorías de servicios son:		
Servicios para diagnóstico y prevención:	Examen bucodental	Sin cargo	Sin cargo
	Preventivo: limpieza	Sin cargo	Sin cargo
	Preventivo: radiografía	Sin cargo	Sin cargo
	Selladores por pieza dental	Sin cargo	Sin cargo
	Aplicación tópica de fluoruro	Sin cargo	Sin cargo
	Protectores de espacios, fijos	Sin cargo	Sin cargo
Servicios básicos	Procedimientos de restauración	Consulte el Esquema de copagos para afiliados de 2027	Consulte el Esquema de copagos para afiliados de 2027
	Procedimientos de mantenimiento periodontal		
	Periodoncia para adultos (excepto el mantenimiento)		
	Endodoncia para adultos		
Servicios mayores	Periodoncia (excepto el mantenimiento)	Consulte el Esquema de copagos para afiliados de 2027	Consulte el Esquema de copagos para afiliados de 2027
	Endodoncia		
	Coronas y moldes		
	Prostodoncia		
	Cirugía maxilofacial		
Ortodoncia	Ortodoncia necesaria por razones médicas	$350.00	Sin cobertura

Notas finales para los diseños de los planes de beneficios dentales estándar de 2027.
Notas de los beneficios de salud esenciales del plan dental pediátrico (solo se aplica a la parte pediátrica del Plan dental infantil, el Plan dental familiar o el Plan dental grupal).

1) En cada plan con coaseguro, cada hijo es responsable del deducible individual, a menos que se haya alcanzado el deducible familiar. Una vez alcanzado el deducible individual del hijo o el deducible familiar, se aplica el costo compartido hasta haber cubierto el desembolso máximo del hijo.
2) No se cobra deducible en los servicios de diagnóstico y prevención.
3) Los pagos del costo compartido realizados por cada hijo de manera individual por los servicios cubiertos dentro de la red se acumulan al desembolso máximo del hijo. Una vez alcanzado el desembolso máximo individual del hijo, el plan paga todos los costos de los servicios cubiertos para ese hijo.
4) En un plan con dos o más hijos, los pagos del costo compartido que realiza cada hijo por los servicios proporcionados dentro de la red contribuyen al deducible familiar dentro de la red, si procede, así como al desembolso familiar máximo.
5) En un plan con dos o más hijos, los pagos del costo compartido realizados por cada hijo por los servicios cubiertos fuera de la red contribuyen al deducible familiar fuera de la red, si procede, y no se acumulan al desembolso familiar máximo.
6) La administración de estos diseños de plan debe cumplir los requisitos del plan de referencia de beneficios de salud esenciales del plan dental pediátrico, incluida la cobertura de servicios en circunstancias de necesidad médica, como se define en el beneficio de Exámenes de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (*EPSDT, Early Periodic Screening, Diagnostic and Treatment*).
7) El costo compartido del afiliado para los servicios de ortodoncia necesarios por razones médicas se aplica al tratamiento en curso, no a los años de beneficios individuales dentro de un tratamiento en curso de varios años.

Este costo compartido del afiliado se aplica al tratamiento en curso siempre y cuando el afiliado siga inscrito en el plan.

8) En la medida en que los planes dentales puedan ofrecer teleodontología, ésta se ofrecerá de forma gratuita.
9) Estas notas finales no limitan las obligaciones del emisor de cumplir las leyes, normas o reglamentos federales, estatales o locales aplicables. En caso de que un emisor esté sujeto a una ley, norma o reglamento recientemente promulgado o modificado que entre en conflicto con los requisitos de las presentes notas finales, el emisor deberá cumplir la ley, norma o reglamento y cualquier orientación aplicable de su autoridad reguladora. Cuando estas notas finales superen los requisitos impuestos por la ley, el emisor deberá cumplir los requisitos de estas notas finales.

Notas sobre los beneficios dentales para adultos (solo se aplica al Plan dental familiar y al Plan dental grupal).

10) Cada adulto es responsable de un deducible individual.
11) No se cobra deducible en los servicios de diagnóstico y prevención.
12) El blanqueamiento dental, la ortodoncia para adultos, los implantes, las carillas y los servicios para adultos que se indican como No cubiertos en el Esquema de copagos no son servicios cubiertos.
13) El periodo de espera de seis meses para los servicios mayores no se aplicará si el afiliado presenta una prueba de cobertura dental anterior comparable. Este periodo de espera se prorrateará uno a uno mensualmente si el afiliado presenta una prueba de cobertura dental anterior comparable de menos de seis meses. Covered California deja en manos del plan la determinación de la documentación aceptable para verificar la prueba de cobertura anterior. Covered California deja en manos del plan la determinación de la interrupción máxima permitida en la cobertura antes de que deje de prorratearse el periodo de espera de seis meses. Los servicios dentales obtenidos a través de un plan de salud con descuento no se consideran cobertura dental “comparable” a efectos del cómputo del periodo de espera.
14) En la medida en que los planes dentales puedan ofrecer teleodontología, ésta se ofrecerá de forma gratuita.
15) Estas notas finales no limitan las obligaciones del emisor de cumplir las leyes, normas o reglamentos federales, estatales o locales aplicables. En caso de que un emisor esté sujeto a una ley, norma o reglamento recientemente promulgado o modificado que entre en conflicto con los requisitos de las presentes notas finales, el emisor deberá cumplir la ley, norma o reglamento y cualquier orientación aplicable de su autoridad reguladora. Cuando estas notas finales superen los requisitos impuestos por la ley, el emisor deberá cumplir los requisitos de estas notas finales.

LE DAMOS LA BIENVENIDA

DentaQuest combina una cobertura dental completa con una serie de características de ahorro para usted y su familia. Muchos procedimientos preventivos están cubiertos sin costo alguno y usted gozará de ahorros importantes gracias a nuestros copagos por los servicios cubiertos. No tendrá que llenar formularios de reclamación ni tendrá deducibles o máximos de beneficio de por vida.

I. DEFINICIONES

Ley hace referencia a la Ley Knox-Keene de Planes de Servicios de Atención de la Salud de 1975 (Código de Salud y Seguridad de California, Secciones 1340 y siguientes) en su versión modificada. Los reglamentos están recogidos en el título 28 del Código de Reglamentos de California.

Contrato o Contrato de afiliación se refiere al presente Contrato de afiliación individual, Documento combinado de evidencia de cobertura y formulario de divulgación, por el cual sus términos limitan la elegibilidad de los Suscriptores y afiliados. La solicitud de afiliación completa y el esquema de cobertura y beneficios principales en el que está inscrito, junto con el presente Contrato de afiliación individual, Documento combinado de evidencia de cobertura y formulario de divulgación, constituirán el Contrato completo.

Beneficios o Cobertura se refiere a los servicios de atención médica disponibles según este Contrato de afiliación individual, Documento combinado de evidencia de cobertura y formulario de divulgación, y el Esquema de beneficios en el que está inscrito.

Esquema de beneficios es el esquema de cobertura y beneficios principales que contiene los beneficios cubiertos específicamente por cada plan e indica los copagos que usted debe pagar.

Capitación significa un pago periódico mensual o anual en función de una base fija o predeterminada que se paga al dentista participante.

Hijo hace referencia a los hijos elegibles, incluidos los hijos biológicos, los hijos adoptados, los hijos para los que el afiliado asume una obligación legal de manutención total o parcial a la espera de una adopción, los hijastros y los hijos de los que el afiliado o su cónyuge son tutores legales.

Copago se refiere a un pago fijo por un servicio cubierto, pagado cuando un individuo recibe el servicio, proporcionado en el contrato del plan y divulgado en la evidencia de cobertura o en el formulario de divulgación utilizado como evidencia de cobertura.

Dependiente se refiere al cónyuge legítimo, la pareja de hecho y los hijos dependientes de un afiliado, según se define en la sección titulada Dependientes elegibles. Consulte la Sección IV. “Dependientes Elegibles” para obtener más información sobre los dependientes.

Atención dental de emergencia significa el servicio necesario para el alivio inmediato de los síntomas agudos asociados a una afección dental de emergencia.

Afección de emergencia se refiere a una afección que se manifiesta por síntomas agudos de gravedad suficiente (incluido el dolor intenso) como para que la ausencia de atención médica inmediata pueda razonablemente dar lugar a cualquiera de las siguientes situaciones:

- Poner en grave peligro la salud del paciente.

- Deterioro grave de las funciones corporales.
- Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Afiliado se refiere a la persona que ha completado una solicitud y ha pagado por su plan.

Exclusión significa cualquier disposición de este Contrato de afiliación individual, Documento combinado de evidencia de cobertura y formulario de divulgación, por la cual la Cobertura para un peligro o situación de salud específica no está cubierta por DentaQuest o el dentista participante.

Limitación se refiere a cualquier disposición que no sea una exclusión que restrinja la cobertura en virtud de este Contrato de afiliación individual, Documento combinado de evidencia de cobertura y formulario de divulgación.

Afiliado es el suscriptor o cualquier dependiente elegible que esté inscrito y cuyas primas se paguen en virtud del presente Contrato de afiliación individual, Documento combinado de evidencia de cobertura y formulario de divulgación.

Desembolso máximo hace referencia a la cantidad máxima de dinero que un afiliado menor de edad (hasta los 19 años) debe pagar por los beneficios durante un año del plan. El desembolso máximo solo se aplica a los beneficios de salud esenciales para afiliados menores de edad (hasta los 19 años). Los copagos por servicios cubiertos que los afiliados menores de edad (hasta los 19 años) han recibido de un dentista participante se acumulan durante el año del plan para el desembolso máximo. Consulte su Esquema de servicios cubiertos y copagos para obtener información completa sobre los servicios cubiertos. El desembolso máximo nunca incluye la prima, los medicamentos recetados o la atención dental que el plan dental no cubre. Una vez que el afiliado menor de edad alcance su desembolso máximo, no tendrá más copagos para los beneficios que reciba durante el resto del año del plan. Si el contrato cubre a más de un afiliado menor de edad (es decir, varios hijos en una misma familia), la obligación financiera para los beneficios no será superior al desembolso máximo para varios hijos. Una vez que la cantidad pagada por todos los afiliados menores de edad sea igual al desembolso máximo para varios afiliados menores de edad, no se exigirán más copagos a ninguno de los afiliados menores de edad durante el resto del año del plan.

Plan hace referencia al Plan de DentaQuest e incluirá aquellos beneficios, cobertura y otros cargos que se establecen en el presente documento y en el Esquema de beneficios.

Dentista participante se refiere a un dentista con licencia de California que ha firmado un contrato con DentaQuest como médico general, e incluirá a todos los higienistas y técnicos reconocidos por la profesión dental que asistan y actúen bajo la supervisión del dentista o un especialista para proporcionar servicios a los afiliados de acuerdo con las disposiciones del Contrato de DentaQuest en virtud del cual está inscrito un afiliado. Los nombres, lugares, horarios, servicios y demás información relativa a las instalaciones de los dentistas participantes de DentaQuest pueden obtenerse poniéndose en contacto con la oficina de DentaQuest o con el dentista participante individual.

Beneficios dentales para menores son uno de los diez beneficios de salud esenciales que exige la Ley de Atención Médica Asequible (*ACA, Affordable Care Act*). En California, los beneficios dentales para menores cubren la atención y los servicios dentales, como limpiezas, radiografías y empastes, hasta los 19 años de edad.

Reglamentos se refiere a reglamentos promulgados y adoptados oficialmente por el Departamento de Atención Médica Administrada de California y están recogidos en el título 28 del Código de Reglamentos de California.

Inscripciones especiales hace referencia a la oportunidad para que las personas que tienen un evento elegible, como la pérdida de un trabajo, la muerte de un cónyuge o el nacimiento de un hijo, se inscriban inmediatamente en un plan de salud, incluso si es fuera del periodo de inscripciones abiertas de Covered California.

Especialista es el dentista responsable de la atención dental especializada específica de un afiliado en un área específica de la odontología, como la endodoncia, la periodoncia, la odontología pediátrica, la cirugía maxilofacial o la ortodoncia.

Suscriptor es la persona que ha suscrito el presente Contrato de afiliación individual, Documento combinado de evidencia de cobertura y formulario de divulgación, y que es responsable del pago de la prima a DentaQuest.

Atención dental de urgencia es la atención necesaria para evitar un deterioro grave de la salud de un afiliado luego de la aparición de una afección imprevista. La atención de urgencia es la atención que se requiere en un plazo de 24 a 72 horas, e incluye únicamente los servicios necesarios para prevenir el deterioro grave de su salud dental como consecuencia de una enfermedad o lesión imprevista cuyo tratamiento no puede demorarse.

II. CÓMO USAR DENTAQUEST

Además del presente Contrato de afiliación individual, Documento combinado de evidencia de cobertura y formulario de divulgación, y el Esquema de beneficios, DentaQuest expide a cada afiliado una tarjeta de identificación con el número de teléfono y la dirección del consultorio dental seleccionado. Previa solicitud, se expedirá una tarjeta de identificación al progenitor no cubierto que tenga la custodia de un hijo. Esta tarjeta de identificación deberá presentarse en el momento en que el dentista participante vaya a proporcionar los servicios.

En el Esquema de beneficios se incluye una lista completa de los servicios cubiertos junto con los copagos requeridos. Los servicios que se excluyen específicamente de la cobertura de los afiliados se encuentran en la sección titulada Exclusiones y limitaciones. Lea esta sección con atención. Los servicios dentales proporcionados por dentistas o especialistas que no estén contratados no están cubiertos a menos que se haya determinado de otra manera en este Contrato de afiliación individual, Documento combinado de evidencia de cobertura y formulario de divulgación. Consulte la sección XIV. REMISIONES A ESPECIALISTAS para obtener más información sobre cómo obtener atención de un especialista contratado por el plan.

III. ELEGIBILIDAD

Las tarifas de afiliación se basan en una duración de un año y se mantienen hasta que se rescinde el contrato conforme a los procedimientos descritos en este documento.

Los dependientes deben añadirse en el momento de la inscripción inicial o durante el periodo de inscripciones abiertas. Si tiene un evento en la vida que le haga reunir los requisitos, podría ser elegible para un periodo

especial de inscripción de sesenta (60) días. Debe informar de este evento en un plazo de 60 días a Covered California a través de su portal web en www.coveredca.com para que se tome en consideración un periodo especial de inscripción de sesenta (60) días. En caso de nacimiento, adopción o entrega en adopción, tiene sesenta (60) días para informar el evento a Covered California a través del portal web. Covered California puede concederle un periodo especial de inscripción debido a las circunstancias. Visite www.coveredca.com para obtener más información.

Fechas de vigencia de la cobertura:

Las fechas de vigencia de la cobertura se determinan durante su solicitud de inscripción en Covered California y pueden verse afectadas por cualquier póliza médica que adquiera. Su cobertura de DentaQuest comenzará una vez que se complete el proceso de inscripción, se reciba el pago de la prima y Covered California comunique la fecha de entrada en vigor a DentaQuest.

Pérdida de Medi-Cal o de la cobertura laboral:

Si pierde la cobertura de Medi-Cal o la cobertura laboral y usa un periodo especial de inscripción, la cobertura comenzará el primer día del mes siguiente a su selección del plan, independientemente de la fecha del mes en que seleccione la cobertura.

Incorporación de nuevos dependientes:

Las nuevas inscripciones de dependientes están sujetas a las normas establecidas por Covered California. Las solicitudes de inscripción de nuevos dependientes deben enviarse a Covered California de manera oportuna, de acuerdo con sus políticas y procedimientos. Covered California determinará la fecha de entrada en vigor del plan del dependiente en función de la fecha de presentación de la solicitud de inscripción.

Recién nacidos y niños adoptados:

Un recién nacido, o un niño entregado en adopción es elegible para la cobertura desde el momento del nacimiento o la entrega. Usted debe solicitar a través de Covered California la inscripción de su nuevo dependiente. Si la inscripción no se completa de acuerdo con las normas establecidas por Covered California, la cobertura del nuevo dependiente entrará en vigor de acuerdo con las normas del periodo de inscripciones abiertas establecidas por Covered California.

Incorporación de dependientes por matrimonio:

La fecha de entrada en vigor para los dependientes adquiridos por matrimonio será efectiva el primer día del mes siguiente a su selección del plan enviada a Covered California, independientemente del momento del mes en que realice su selección del plan. Si la inscripción no se completa de acuerdo con las normas establecidas por Covered California, la cobertura del nuevo dependiente entrará en vigor de acuerdo con las normas del periodo de inscripciones abiertas establecidas por Covered California.

Los suscriptores y los dependientes elegibles deben vivir o trabajar dentro del área de servicio aprobada por DentaQuest para poder recibir los beneficios del presente contrato. Cuando el pago y la solicitud se reciban y aprueben antes del día 20 del mes, la elegibilidad comenzará el primer día del mes siguiente.

IV. DEPENDIENTES ELEGIBLES

Los dependientes elegibles de un afiliado son su cónyuge legítimo y sus hijos a cargo. Se considerarán dependientes elegibles: a) los hijos nacidos fuera del matrimonio; b) los hijos no declarados como dependientes en la declaración de renta federal de los padres; y c) los hijos que no residan con los padres o dentro del área de servicio del Plan. La cobertura de todos los recién nacidos comenzará a partir del momento del nacimiento. Los hijos adoptados y los hijastros estarán cubiertos a partir de la fecha de entrega. Excepto en los casos indicados anteriormente, los dependientes tendrán derecho a la cobertura el primer día del mes siguiente a la fecha en que el suscriptor tenga derecho a la cobertura, o el día en que el suscriptor adquiera a dicha persona a cargo, lo que ocurra más tarde. En caso de que uno de los progenitores reúna los requisitos para la cobertura, el Plan a) permitirá al progenitor inscribir en el Plan a cualquier hijo que, de otro modo, reúna los requisitos para inscribirse en dicha cobertura, sin tener en cuenta las restricciones del periodo de inscripciones, b) inscribirá al hijo, si el progenitor no lo hace, previa presentación de la orden judicial o solicitud del fiscal de distrito, del otro progenitor o de la persona que tenga la custodia.

California ha legalizado las parejas de hecho registradas del mismo sexo y de distinto sexo. Para que dos personas sean consideradas pareja de hecho en California, deben mantener una relación íntima y comprometida y presentar una Declaración de pareja de hecho ante el Secretario de Estado de California. Cuando se presenta la declaración, también deben cumplirse los siguientes requisitos:

- Cada persona tiene al menos 18 años de edad, a menos que se cuente con el consentimiento del padre o tutor del menor;
- Ninguna de las dos personas tiene un parentesco por consanguinidad que impida el matrimonio en el estado;
- Ninguna de las dos personas está casada o forma pareja de hecho con otra persona;
- Ambas personas son del mismo sexo o, si son del sexo opuesto, al menos una de ellas es mayor de 62 años; y
- Ambas personas son capaces de consentir una pareja de hecho.

También se considerarán dependientes todos los hijos menores de 26 años. Un hijo dependiente afiliado que cumpla 26 años durante un año de vigencia del beneficio puede permanecer afiliado como dependiente hasta el final de dicho año de vigencia del beneficio. La cobertura del dependiente finalizará el último día del año de vigencia del beneficio durante el cual el hijo dependiente deje de reunir los requisitos.
La cobertura no finalizará a la edad de 26 años mientras el hijo dependiente sea y continúe siendo los dos siguientes:

- Incapaz de mantener un empleo por sí mismo debido a retraso mental o incapacidad física; y
- Principalmente dependiente del suscriptor para su sustento y mantenimiento, siempre que el suscriptor presente a DentaQuest prueba de dicha incapacidad y dependencia en un plazo de 31 días a partir de que el hijo alcance la edad límite establecida anteriormente, y posteriormente cada dos años, si así lo solicita DentaQuest.

En caso de que uno de los progenitores esté obligado por orden judicial o administrativa a proporcionar cobertura a un hijo, el Plan no procederá con la desafiliación ni eliminará la cobertura a menos que a) el empleador haya eliminado la cobertura para todos los empleados, b) el Plan reciba pruebas satisfactorias por escrito de que la orden judicial o administrativa ya no está en vigor, o c) el hijo esté o vaya a estar inscrito en otro plan comparable que entrará en vigor a más tardar en la fecha de vigencia de la desafiliación del hijo.

V. ELECCIÓN DEL DENTISTA PARTICIPANTE Y REMUNERACIÓN DEL DENTISTA PARTICIPANTE

LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA SABER DE QUIÉN O DE QUÉ GRUPOS DE DENTISTAS PARTICIPANTES SE PUEDE OBTENER ATENCIÓN DENTAL.

Puede elegir cualquier dentista participante de DentaQuest para su atención dental y la de su familia. Todos los miembros de la familia DEBEN usar el mismo consultorio y el suscriptor del Plan debe vivir o trabajar dentro del área de servicio de DentaQuest dentro de California. Para solicitar un cambio de consultorio dental, puede ponerse en contacto con DentaQuest llamando a la línea gratuita 1-855-425-4164 o solicitarlo por escrito en la oficina de DentaQuest. Cualquier cambio de este tipo entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la aprobación de DentaQuest si DentaQuest recibe la solicitud antes del día 20 del mes. DentaQuest puede necesitar hasta 30 días para procesar dicha solicitud. Todos los honorarios tarifas y copagos del afiliado deben estar pagados en su totalidad antes de dicha transferencia.

En consideración al desempeño por parte del dentista participante de los servicios puestos a disposición y/o proporcionados a los afiliados en virtud del presente Contrato de afiliación individual, Documento combinado de evidencia de cobertura y formulario de divulgación, y el esquema de cobertura y beneficios principales, la retribución al dentista participante será:

- Los copagos pagados directamente al dentista participante de DentaQuest por parte del afiliado según lo establecido en el presente Contrato de afiliación individual, Documento combinado de evidencia de cobertura y formulario de divulgación, y/o
- La capitación pagada al dentista participante por parte de DentaQuest y/o
- Cualquier reembolso directo por parte de DentaQuest en función de los servicios específicos proporcionados según lo permitido por nuestro Contrato de servicios dentales con el dentista participante.

DentaQuest no tiene, en ningún contrato y/o acuerdo con un dentista participante u otro profesional de la salud con licencia, ningún término de acuerdo de compensación que incluya un pago específico o compensación hecha directamente, en cualquier tipo o forma, como un incentivo para negar, reducir, limitar o retrasar cualquier servicio específico, necesario por razones médicas o adecuado.

VI. POLÍTICA DE SEGUNDA OPINIÓN

Es política de DentaQuest que una segunda opinión obtenida de un proveedor participante sea un beneficio cubierto. El beneficio cubierto necesitará la aprobación del Plan. Se recomienda una segunda opinión como un componente positivo de la calidad de la atención.

Segunda opinión de medicina general

La solicitud de una segunda opinión puede procesarse si se dan una o más de las siguientes condiciones:

- El afiliado desea la confirmación de un plan de tratamiento complejo o extenso, un plan de tratamiento alternativo o la aclaración de un procedimiento o plan de tratamiento.
- El afiliado tiene dudas sobre la exactitud del diagnóstico de un procedimiento o plan de tratamiento.
- El afiliado cuestiona el progreso y el resultado satisfactorio de un plan de tratamiento.
- El plan requiere una segunda opinión como parte de la resolución de una queja formal del afiliado.

Cuando un afiliado solicite una segunda opinión que no se ajuste a lo descrito, la solicitud se remitirá a un director dental de DentaQuest para su consideración.

Los afiliados pueden obtener una segunda opinión poniéndose en contacto con DentaQuest al 1-855-425-4164. El afiliado recibirá los nombres de los proveedores de su zona para seleccionar un proveedor que proporcione la segunda opinión. Si el afiliado decide no aceptar a uno de los proveedores contratados y desea buscarlo fuera de la red, no será un beneficio cubierto. El Plan notificará al proveedor elegido de la necesidad del afiliado de una segunda opinión y del copago aplicable. El afiliado será responsable de obtener una cita con el proveedor que dará la segunda opinión.

El representante del Plan llenará un formulario para la segunda opinión. Se obtendrán las radiografías y los registros del proveedor actual y, junto con el formulario, se enviarán al proveedor encargado de la segunda opinión.

Los proveedores contratados han aceptado en su contrato participar en las actividades de control de calidad del Plan. Como la provisión de una segunda opinión se considera parte de las actividades de control de calidad del Plan, todos los proveedores contratantes aceptan lo siguiente:

- Proporcionar copias de los registros y radiografías necesarios al Plan (sin cargo para los afiliados, el Plan o el proveedor encargado de la segunda opinión) para su revisión por parte del proveedor que dará la segunda opinión.

- Aceptar proporcionar una evaluación de la segunda opinión a los afiliados con copago luego de la aprobación de la solicitud de una segunda opinión por parte del Plan, y poner los resultados de su evaluación a disposición del proveedor que hace la remisión (si los hubiera), el afiliado y el Plan.

Los proveedores encargados de una segunda opinión pueden elegir aceptar a un afiliado que busque un traslado, pero no están obligados a hacerlo. Los traslados deben ser acordados mutuamente entre el proveedor encargado de la segunda opinión y el afiliado que solicita la segunda opinión.

Segunda opinión de un especialista

Los procedimientos especializados incorporados en un plan de tratamiento pueden requerir una segunda opinión de un especialista. Estas se procesarían de la misma manera que una segunda opinión de medicina general con las mismas directrices.

Segunda opinión de ortodoncia

En el caso de una segunda opinión de ortodoncia, se procesará de la misma manera que una general, excepto que deben ser evidentes las siguientes condiciones:

- Preguntas sobre extracciones de piezas dentales para efectuar la finalización del tratamiento frente a la no extracción de piezas dentales.
- Preguntas sobre la duración del tratamiento.
- Preguntas sobre cambios faciales, crecimiento y desarrollo.
- Preguntas sobre el inicio del tratamiento, tratamiento interceptor, terapia con dispositivo removible frente a terapia con dispositivo fijo.
- Preguntas sobre varios proveedores que tratan el caso frente a un proveedor que informa de los resultados.

Cuando un afiliado solicite una segunda opinión que no se ajuste a lo descrito, la solicitud se remitirá al director dental para su consideración.

Denegaciones

Condiciones en las que se puede denegar una segunda opinión:

- El afiliado no es elegible o el Plan ha sido cancelado.
- El afiliado ha finalizado el tratamiento. Toda duda en este punto se considera una queja formal.
- El afiliado ha dado su consentimiento al tratamiento. Insatisfacción con el proveedor debido a la actitud u otras molestias relacionadas con la personalidad (distintas del plan de tratamiento).
- El plan de tratamiento ha sido aceptado por el paciente, el tratamiento está en curso y el paciente no está cumpliendo con los acuerdos financieros, citas, seguimiento, atención domiciliaria, etc.

Segunda opinión de emergencia

Cuando la afección de un afiliado sea tal que el afiliado se enfrente a una amenaza inminente y grave para su salud (incluida, entre otras, la posible pérdida de la vida, de una extremidad o de otra función corporal), la solicitud de una segunda opinión se autorizará en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de la solicitud por parte del Plan, siempre que sea posible.

VII. ESTABLECIMIENTOS

Los consultorios dentales participantes de DentaQuest están abiertos durante el horario normal de trabajo y algunos consultorios abren en horario limitado los sábados. Recuerde que si no puede ir a la cita programada, deberá notificarlo al consultorio dental con al menos 24 horas de antelación; de lo contrario, podría tener que pagar una tarifa por no acudir a la cita (consulte su Esquema de beneficios).

VIII. TARIFA DE PREPAGO

Los suscriptores aceptan que DentaQuest les proporcione los servicios establecidos en este Contrato de afiliación individual, Documento combinado de evidencia de cobertura y formulario de divulgación, según las tarifas especificadas en la Solicitud de afiliación y en el Esquema de beneficios, previo pago de la tarifa de prepago mensual o anual. La tarifa de prepago se enviará a DentaQuest.

IX. RESPONSABILIDAD DE PAGO DEL AFILIADO

Por ley, todo contrato entre DentaQuest y un dentista participante estipulará que en caso de que DentaQuest no pague al dentista participante, el afiliado no será responsable ante el dentista participante de ninguna suma adeudada por DentaQuest.

En caso de que DentaQuest no pague a los dentistas participantes no contratados, el afiliado podría ser responsable ante el dentista participante no contratado de los costos de los servicios proporcionados.

Los afiliados serán responsables de todos los cargos complementarios, incluidos los copagos, los deducibles y los procedimientos que no están cubiertos como beneficios del Plan.

IMPORTANTE: Si opta por recibir servicios dentales que no están cubiertos por este plan, un dentista participante puede cobrarle su tarifa usual y acostumbrada por dichos servicios. Antes de proporcionar a un

paciente servicios dentales que no son un beneficio cubierto, el dentista debe darle un plan de tratamiento que incluya cada servicio previsto. Si desea más información sobre las opciones de cobertura dental, comuníquese con el Departamento de servicios para afiliados al 1-855-425-4164 o llame a su corredor de seguros. Para entender completamente su cobertura, le recomendamos que revise detenidamente este documento de evidencia de cobertura.

X. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

En caso de que un afiliado esté cubierto por otro plan o póliza que ofrezca cobertura, beneficios o servicios (plan) que sean beneficios cubiertos por este plan dental, los beneficios de este plan se coordinarán con el otro plan de acuerdo con la normativa sobre "Coordinación de beneficios". El diseño de beneficios estándar de Covered California requiere que los planes dentales independientes que ofrecen el beneficio de salud dental esencial para menores, como este plan DentaQuest, ya sea como beneficio independiente o combinado con un beneficio dental familiar, cubran los beneficios como pagador secundario del plan de beneficios dentales. Esto significa que el pagador principal de los beneficios dentales es un plan de salud adquirido a través de Covered California que incluye beneficios de salud dental esenciales para menores.

Su plan de beneficios dentales principal pagará la cantidad máxima exigida por el contrato que dicho plan haya celebrado con usted cuando su plan de beneficios dentales principal esté coordinando sus beneficios con DentaQuest. Esto significa que DentaQuest pagará la cantidad menor entre la que habría pagado en ausencia de cualquier otra cobertura de beneficios dentales cuando un plan de beneficios dentales principal esté coordinando los beneficios con su plan de DentaQuest, o el total del desembolso personal pagadero por el plan de beneficios dentales principal por los beneficios cubiertos por su plan de DentaQuest.

Esta normativa determina qué plan es principal y cuál es secundario en diversas circunstancias. Por lo general, dan lugar a que un plan grupal sea principal sobre un plan individual y a que un plan que cubre al afiliado como suscriptor sea principal sobre un plan que cubre al afiliado como dependiente. Normalmente, la coordinación de beneficios da lugar a lo siguiente:

Si la otra cobertura es un plan de indemnización grupal:

- Si la cobertura de indemnización grupal es la principal, el proveedor facturará a la aseguradora sus honorarios usuales y acostumbrados y al afiliado se le cobrará el copago del plan secundario menos la cantidad recibida de la cobertura principal.
- Si la cobertura de indemnización grupal es secundaria, el proveedor facturará a la aseguradora la cantidad de los copagos del plan principal y el afiliado deberá pagar los copagos del plan principal menos la cantidad pagada por la aseguradora secundaria.

Si la otra cobertura es un plan prepagado:

- Si el proveedor participa en ambos planes, al afiliado se le deberá cobrar el copago o copagos más bajos de los dos planes.
- Si el proveedor no participa en ambos planes, el plan en el que participa el proveedor será el principal y el otro plan normalmente denegará la cobertura porque el afiliado recibió servicios de un proveedor no participante.

Los afiliados no podrán recibir beneficios por una cantidad superior a su desembolso personal por los servicios proporcionados como resultado de la coordinación de beneficios.

Puede solicitar a DentaQuest una copia de la normativa de la coordinación de beneficios.
Este plan individual es secundario a cualquier otra cobertura grupal que pueda tener el afiliado.
El Plan y/o sus proveedores tratantes se reservan el derecho de recuperar el costo o valor, según lo establecido en la Sección 3040 del Código Civil, de los servicios cubiertos proporcionados a un afiliado que resultaron o fueron causados por terceros que posteriormente se determinen como responsables de la lesión sufrida por el afiliado.

XI. DESEMBOLSO MÁXIMO

El desembolso máximo es la cantidad máxima de dinero que un afiliado menor de edad (hasta los 19 años) debe pagar por los beneficios durante un año del plan antes de que sus beneficios del plan se paguen en su totalidad. El desembolso máximo solo se aplica a los beneficios de salud esenciales para afiliados menores de edad (hasta los 19 años). Los copagos por servicios cubiertos que los afiliados menores de edad (hasta los 19 años) han recibido de un dentista participante se acumulan durante el año del plan para el desembolso máximo. Consulte el Esquema de copagos para afiliados que se incluye para obtener información completa sobre los servicios cubiertos. El desembolso máximo nunca incluye la prima, los medicamentos recetados o la atención dental que el plan dental no cubre. Una vez que el afiliado menor de edad alcance su desembolso máximo, no tendrá más copagos para los beneficios que reciba durante el resto del año del plan.

Si el contrato cubre a más de un afiliado menor de edad (es decir, varios hijos hasta los 19 años de edad en una misma familia), la obligación financiera para los beneficios no será superior al desembolso máximo para varios hijos. Esto significa que una familia con dos o más hijos está sujeta al desembolso familiar máximo. Una vez que la cantidad pagada por todos los afiliados menores de edad sea igual al desembolso familiar máximo, no se exigirán más copagos a ninguno de los afiliados menores de edad durante el resto del año del plan.

DentaQuest supervisa los desembolsos personales a lo largo del año del plan. DentaQuest proporcionará al afiliado menor de edad el saldo acumulado para su deducible anual y el desembolso máximo anual por cada mes en el que se hayan usado los beneficios y hasta que el saldo anual sea igual al desembolso máximo total. Los afiliados menores de edad pueden solicitarnos en cualquier momento el saldo acumulado más actualizado para su desembolso máximo anual. Cuando esos pagos alcancen el desembolso máximo para el plan de un afiliado, enviaremos una carta tanto al afiliado como al dentista participante seleccionado por el afiliado para asegurarnos de que no sean responsables de copagos por servicios futuros.

Las actualizaciones acumuladas se enviarán por correo a los afiliados, a menos que el afiliado haya optado por no recibir notificaciones por correo y haya elegido recibir las actualizaciones acumuladas por vía electrónica, o a menos que el afiliado haya optado previamente por no recibir notificaciones por correo.

- Los afiliados que hayan optado por no recibir notificaciones por correo podrán volver a hacerlo en cualquier momento.
- Las actualizaciones acumuladas pueden incluirse en los informes de beneficios.

Los suscriptores y afiliados de DentaQuest pueden solicitar comunicaciones confidenciales por correo directo o mediante comunicación electrónica. Envíe las solicitudes por correo a:
DentaQuest
2151 Michelson Dr. Suite 165
Irvine, CA 92612
O llame al:
(949) 830-1600: Línea gratuita (877) 425-4164
membership@caldental.net

DentaQuest recomienda a sus afiliados que conserven los recibos de todos los servicios recibidos que estén cubiertos por el plan DentaQuest durante todo el año del plan para hacer seguimiento a sus desembolsos personales. Los afiliados siempre deben pedir a su dentista participante un recibo detallado de los servicios proporcionados durante su visita.

XII. ATENCIÓN DENTAL DE EMERGENCIA Y DE URGENCIA

La atención dental de emergencia y de urgencia está cubierta las 24 horas del día, los siete días de la semana, para todos los afiliados. La atención dental de emergencia se reconoce como el tratamiento dental para el alivio inmediato de una situación médica de emergencia y cubre únicamente los servicios dentales necesarios para aliviar los síntomas de dichas situaciones. La atención de urgencia es la atención requerida en un plazo de 24 a 72 horas, y son servicios necesarios para prevenir el deterioro grave de su salud dental como consecuencia de una enfermedad o lesión imprevista cuyo tratamiento no puede demorarse. El Plan proporciona cobertura para los servicios dentales de urgencia únicamente si los servicios son necesarios para aliviar síntomas como dolor intenso o hemorragia o si el afiliado cree razonablemente que la afección, si no se diagnostica o trata, puede provocar discapacidad, deterioro o disfunción. Los beneficios cubiertos son únicamente el alivio de síntomas agudos (como dolor intenso o hemorragia) y no incluyen la restauración completa. Póngase en contacto con su dentista participante para recibir atención dental de urgencia o de emergencia. Si su proveedor dental no está disponible durante el horario normal de trabajo, comuníquese con el Departamento de servicios dentales para clientes al 1-855-425-4164.

En caso de emergencia fuera del horario de atención y de que su proveedor dental seleccionado no esté disponible, puede obtener servicio de urgencia o emergencia de cualquier dentista con licencia. Solo tiene que enviar a DentaQuest, a la dirección indicada en este documento, la factura generada como consecuencia de la emergencia dental, el justificante de pago y una breve explicación de la falta de disponibilidad de su proveedor. Un progenitor no cubierto de un hijo cubierto puede presentar una reclamación de la atención de urgencia o de emergencia sin la aprobación del progenitor cubierto, en cuyo caso se reembolsará al progenitor no cubierto. Una vez comprobada la falta de disponibilidad de su proveedor, DentaQuest le reembolsará el costo de los servicios de urgencia o emergencia, menos el copago aplicable.

Se recomienda a los afiliados que usen adecuadamente el sistema de respuesta a emergencias “911”, en las zonas donde el sistema esté establecido y en funcionamiento, cuando tengan una situación médica de emergencia que requiera una respuesta urgente.

XIII. DISPOSICIÓN DE REEMBOLSO POR ATENCIÓN FUERA DEL ÁREA DE SERVICIO

Usted tiene cobertura para la atención dental de emergencia y de urgencia. Si se encuentra lejos de su proveedor participante asignado, puede ponerse en contacto con DentaQuest para que le ayuden a ubicar otro dentista contratado que pueda tratar su afección urgente o de emergencia. Si se encuentra fuera del área de servicio, es después del horario normal de trabajo de DentaQuest o no puede ponerse en contacto con DentaQuest para que le remita a otro dentista contratado, póngase en contacto con cualquier dentista con licencia para recibir atención de urgencia o emergencia. Deberá presentar un estado de cuenta detallado del dentista tratante con una lista de todos los servicios proporcionados. Las reclamaciones de los afiliados deben presentarse en un plazo de 60 días y reembolsaremos a los afiliados en un plazo de 30 días los gastos generados por la atención de urgencia o la de emergencia. Un progenitor no cubierto de un hijo cubierto puede presentar una reclamación por una emergencia fuera del área de servicio sin la aprobación del

progenitor cubierto, en cuyo caso se reembolsará al progenitor no cubierto. Envíe todas las reclamaciones a DentaQuest a esta dirección:

DentaQuest, Inc.
2151 Michelson Dr. Suite 165
Irvine, CA 92612

La atención dental de emergencia se reconoce como el tratamiento dental para el alivio inmediato de una situación médica de emergencia y cubre únicamente los servicios dentales necesarios para aliviar los síntomas de dichas situaciones. La atención de urgencia es el tratamiento requerido en un plazo de 24 a 72 horas, y son servicios necesarios para prevenir el deterioro grave de su salud dental como consecuencia de una enfermedad o lesión imprevista cuyo tratamiento no puede demorarse. El Plan proporciona cobertura para los servicios dentales de emergencia o urgencia únicamente si los servicios son necesarios para aliviar síntomas como dolor intenso o hemorragia o si el afiliado cree razonablemente que la afección, si no se diagnostica o trata, puede provocar discapacidad, deterioro o disfunción. El beneficio cubierto es únicamente el alivio de síntomas agudos (como dolor intenso o hemorragia) y no incluyen la restauración completa. Envíe todas las solicitudes de reembolso a DentaQuest a la dirección indicada en el presente documento.

XIV. REMISIONES A ESPECIALISTAS

Si un afiliado necesita servicios especializados cubiertos por el plan que no pueden ser proporcionados por el dentista participante seleccionado del afiliado, el afiliado puede obtener servicios de un especialista del Plan. El afiliado puede ponerse directamente en contacto con el especialista del Plan para obtener los beneficios del plan. No se requiere ninguna remisión por parte del dentista participante seleccionado ni de DentaQuest. A menos que se especifique de otra manera en este Contrato de afiliación individual, Documento combinado de evidencia de cobertura y formulario de divulgación, los servicios dentales proporcionados por un dentista no participante o un especialista que no pertenezca al plan no dan derecho a beneficios en virtud del Plan.

La cobertura está sujeta a los beneficios, las limitaciones y las exclusiones que se indican. Para la atención especializada que no sea de emergencia, es posible solicitar una predeterminación de beneficios para comprender mejor qué está cubierto y qué no, y cuál será su desembolso personal (puede encontrar una lista de especialistas contratados por el Plan en el sitio web de DentaQuest en *dentaquest.com*.)

XV. CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA PARA ENFERMEDAD AGUDA O ENFERMEDAD CRÓNICA GRAVE

A solicitud del afiliado, el Plan hará los arreglos necesarios, bajo ciertas circunstancias, para que continúen los servicios cubiertos proporcionados por un dentista participante cesado a un afiliado que esté recibiendo tratamiento de dicho dentista por una afección aguda o una afección crónica grave. En caso de que el afiliado y el dentista participante cesado reúnan los requisitos, el Plan proporcionará los servicios dentales de manera oportuna y adecuada durante un máximo de 90 días o más si es necesario, para una transferencia segura a otro dentista participante según lo determine el Plan en consulta con el dentista participante cesado, de acuerdo con las buenas prácticas profesionales.

El pago de copagos, deducibles u otros componentes del costo compartido por parte del afiliado durante el periodo de continuación de la atención con un dentista participante cesado serán los mismos copagos, deducibles u otros componentes del costo compartido que pagaría el afiliado cuando recibe atención de un dentista participante actualmente contratado o empleado por el Plan. El Plan no cubrirá servicios ni proporcionará beneficios que no estén cubiertos de otro modo según los términos y condiciones del contrato del Plan.

Para fines de esta sección:

“Dentista participante cesado” se refiere a un dentista participante cuyo contrato para proporcionar servicios a los afiliados del Plan se cancela o no se renueva por parte del plan o por parte de uno de los grupos de dentistas participantes contratados por el plan. Un dentista participante cesado no es un dentista participante que se retira voluntariamente del plan o del grupo de dentistas participantes contratados.

- “Afección aguda” se refiere a una situación médica que implica la aparición repentina de síntomas debido a una enfermedad, lesión o problema médico que requiere atención médica inmediata y que tiene una duración limitada. Los servicios cubiertos se seguirán proporcionando mientras dure la afección aguda.

“Afección crónica grave” se refiere a una situación médica debida a una enfermedad, dolencia u otro problema médico o trastorno médico que es grave por naturaleza, y que se manifiesta de cualquiera de las siguientes maneras:

(a) Persiste sin curación total o empeora durante un periodo prolongado de tiempo.
(b) Requiere tratamiento continuo para mantener la remisión o evitar el deterioro.

Los servicios cubiertos se seguirán proporcionando durante el tiempo necesario para completar un tratamiento y organizar una transferencia segura a otro proveedor, según lo determine el plan de servicios de atención médica en consulta con el afiliado y el proveedor cesado o el proveedor no participante, y de acuerdo con las buenas prácticas profesionales.

Para solicitar que se considere la continuación de los servicios de un dentista participante cesado debido a que padece una enfermedad aguda o crónica grave, llame o escriba al Plan.

XVI. ASISTENCIA LINGÜÍSTICA Y DE COMUNICACIÓN

Si el inglés no es su lengua materna, DentaQuest proporciona servicios de interpretación y traducción de determinados materiales escritos. Si tiene un idioma preferido o necesita asistencia lingüística, comuníquese con DentaQuest al 1-855-425-4164 para decirnos cuáles son sus necesidades lingüísticas personales.

Asimismo, si tiene impedimentos auditivos o del habla, comuníquese con DentaQuest al 1-855-425-4164 para recibir servicios de asistencia lingüística.

Spanish	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-425-4164.
Chinese	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 1-855-425-4164。
Tagalog (Filipino)	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-425-4164.
Vietnamese	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-425-4164.

Korean	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-425-4164 번으로 전화해 주십시오.
Armenian	ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք 1-855-425-4164.
Arabic	ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-425-4164.
Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-425-4164.
Japanese	注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-425-4164 まで、お電話にてご連絡ください。
French	ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-425-4164.
Farsi	توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-425-4164 تماس بگیرید.
Hindi	ध्यान दें: यदि आप स्पैनिश बोलते हैं, तो आपके पास नि: शुल्क भाषा सहायता सेवाएं हैं। 1-855-425-4164 पर कॉल करें
Gujarati	સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-855-425-4164.
Hmong	LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-855-425-4164.
Thai	เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-855-425-4164.
Punjabi	ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-425-4164 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।
German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-425-4164.
Cambodian	ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-425-4164

XVII. BENEFICIOS, EXCLUSIONES Y LIMITACIONES PARA AFILIADOS MENORES DE EDAD

Los beneficios de DentaQuest Covered California Family Dental HMO se establecen en la lista adjunta de procedimientos cubiertos y están sujetos al costo aplicable para el afiliado (copago) en la lista, cuando son proporcionados por un dentista participante de DentaQuest y están sujetos a las exclusiones y limitaciones contenidas en este documento. Los copagos y los costos compartidos que el afiliado paga por concepto de beneficios de salud dental esenciales para menores se acumulan para el desembolso máximo anual y el deducible, según corresponda.

La cobertura de los beneficios de salud dental esenciales para menores se limita a los hijos dependientes hasta los 19 años de edad.

Beneficios y límites para los servicios para diagnóstico:

- Evaluación bucodental periódica (D0120): una vez cada seis meses, por proveedor.
- Evaluación bucodental limitada, centrada en problemas (D0140): una vez por paciente y por proveedor.
- Evaluación bucodental completa (D0150): una vez por paciente por proveedor para la evaluación inicial.
- Evaluación bucodental detallada y extensa (D0160): centrada en problemas, según informe, una vez por paciente por proveedor.

- Reevaluación, limitada, centrada en problemas (sin visita postoperatoria) (D0170): un beneficio para el cuidado sintomático continuo de la disfunción de la articulación temporomandibular; hasta seis veces en un periodo de tres meses, hasta un máximo de 12 en un periodo de 12 meses.
- Radiografías (rayos X), intrabucales, serie completa (incluidas las radiografías de aleta de mordida) (D0210): una vez por proveedor cada 36 meses.
- Radiografías (rayos X), intrabucales, primera radiografía periapical (D0220): un beneficio hasta un máximo de 20 radiografías periapicales en un periodo de 12 meses por el mismo proveedor, en cualquier combinación de las siguientes: primera radiografía intrabucal-periapical (D0220) y cada radiografía adicional intrabucal-periapical (D0230).
- Radiografías (rayos X), intrabucales, periapicales, cada radiografía adicional (D0230): un beneficio hasta un máximo de 20 radiografías periapicales en un periodo de 12 meses por el mismo proveedor, en cualquier combinación de las siguientes: primera imagen radiográfica intrabucal-periapical (D0220) y cada radiografía adicional intrabucal-periapical (D0230).
- Radiografías (rayos X), intrabucales, radiografía oclusal (D0240): un beneficio hasta un máximo de dos en un periodo de seis meses por proveedor.
- Radiografías (rayos X) extrabucales (D0250): un beneficio una vez por fecha de servicio.
- Radiografías (rayos X), aleta de mordida, una sola radiografía (D0270): un beneficio una vez por fecha de servicio.
- Radiografías (rayos X), aleta de mordida, dos radiografías (D0272): un beneficio una vez cada seis meses por proveedor.
- Radiografías (rayos X), aleta de mordida, cuatro radiografías (D0274): un beneficio una vez cada seis meses por proveedor.
- Radiografías (rayos X), artografía de la articulación temporomandibular, con inyección (D0320): un beneficio para el estudio de traumatismo o patología; por un máximo de tres por fecha de servicio.
- Radiografías (rayos X), estudio tomográfico (D0322): un beneficio dos veces en un periodo de 12 meses por proveedor.
- Radiografías (rayos X), radiografía panorámica (D0330): un beneficio una vez en un periodo de 36 meses por proveedor, excepto cuando se documenta como esencial para un examen de seguimiento o postoperatorio (como después de la cirugía maxilofacial).
- Radiografías (rayos X), radiografía cefalométrica (D0340): un beneficio dos veces en un periodo de 12 meses por proveedor.
- Imágenes fotográficas bucales/faciales, primera (D0350): un beneficio hasta un máximo de cuatro por fecha de servicio.
- Moldes para diagnóstico (D0470): un beneficio una vez por proveedor a menos que se documenten circunstancias especiales (como traumatismo o patología que haya afectado el curso del tratamiento de ortodoncia, para pacientes menores de 21 años, para dentadura permanente (a menos que sea mayor de 13 años con dientes de leche aún presentes o con paladar hendido o anomalía craneofacial).

Beneficios y límites para los servicios preventivos:

- Profilaxis, adulto (D1110): un beneficio una vez en un periodo de doce meses.
- Profilaxis, menor de edad (D1120): un beneficio una vez en un periodo de seis meses para pacientes menores de 21 años.
- Barniz de fluoruro tópico (D1206): un beneficio una vez en un periodo de seis meses para pacientes menores de 21 años.
- Aplicación tópica de fluoruro (D1208): un beneficio una vez en un periodo de seis meses para pacientes menores de 21 años.
- Sellador, por pieza dental (D1351): un beneficio, para primeros, segundos y terceros molares permanentes que ocupen la posición de segundo molar; solo en las superficies oclusales que no tengan

caries ni restauraciones; para pacientes menores de 21 años; una vez por pieza dental cada 36 meses por proveedor independientemente de las superficies selladas.

- Aplicación provisional de medicamento para detener la caries, por pieza dental (D1354): tratamiento conservador de una lesión cariada activa asintomática mediante la aplicación tópica de un medicamento para inhibir o detener la caries sin eliminar la estructura dental sana. Un beneficio una vez por pieza dental cada 6 meses por proveedor. No es un beneficio cuando se realiza en la misma fecha de servicio con una corona o restauración permanente para la misma pieza dental o en piezas dentales tratadas con endodoncia o pulpotomía.
- Protector de espacio, fijo, unilateral (D1510): un beneficio una vez por cuadrante por paciente; para pacientes menores de 18 años; solo para mantener el espacio para una sola pieza dental. No es un beneficio cuando la pieza dental permanente está próxima a salir o falta; para piezas dentales anteriores superiores e inferiores; o para aparatos de ortodoncia, aparatos de guía dental, movimiento dental menor o alambres activadores.
- Protector de espacio, fijo, bilateral, maxilar (D1516): un beneficio una vez por arco cuando falta un molar de leche en ambos cuadrantes o cuando faltan dos molares de leche en el mismo cuadrante; para pacientes menores de 18 años. No es un beneficio cuando la pieza dental permanente está próxima a salir o falta; para piezas dentales anteriores superiores e inferiores; o para aparatos de ortodoncia, aparatos de guía dental, movimiento dental menor o alambres activadores.
- Protector de espacio, fijo, bilateral, mandibular (D1517): un beneficio una vez por arco cuando falta un molar de leche en ambos cuadrantes o cuando faltan dos molares de leche en el mismo cuadrante; para pacientes menores de 18 años. No es un beneficio cuando la pieza dental permanente está próxima a salir o falta; para piezas dentales anteriores superiores e inferiores; o para aparatos de ortodoncia, aparatos de guía dental, movimiento dental menor o alambres activadores.
- Protector de espacio, removible, unilateral (D1520): un beneficio una vez por cuadrante por paciente; para pacientes menores de 18 años; solo para mantener el espacio para una sola pieza dental. No es un beneficio cuando la pieza dental permanente está próxima a salir o falta; para piezas dentales anteriores superiores e inferiores; o para aparatos de ortodoncia, aparatos de guía dental, movimiento dental menor o alambres activadores.
- Protector de espacio, removible, bilateral, maxilar (D1526): un beneficio una vez por arco cuando falta un molar de leche en ambos cuadrantes o cuando faltan dos molares de leche en el mismo cuadrante; para pacientes menores de 18 años. No es un beneficio cuando la pieza dental permanente está próxima a salir o falta; para piezas dentales anteriores superiores e inferiores; o para aparatos de ortodoncia, aparatos de guía dental, movimiento dental menor o alambres activadores.
- Protector de espacio, removible, bilateral, mandibular (D1527): un beneficio una vez por arco cuando falta un molar de leche en ambos cuadrantes o cuando faltan dos molares de leche en el mismo cuadrante; para pacientes menores de 18 años. No es un beneficio cuando la pieza dental permanente está próxima a salir o falta; para piezas dentales anteriores superiores e inferiores; o para aparatos de ortodoncia, aparatos de guía dental, movimiento dental menor o alambres activadores.
- Recementación o readhesión del protector de espacio bilateral, maxilar (D1551): un beneficio una vez por proveedor, por cuadrante o arco aplicable; para pacientes menores de 18 años.
- Recementación o readhesión del protector de espacio bilateral, mandibular (D1552): un beneficio una vez por proveedor, por cuadrante o arco aplicable; para pacientes menores de 18 años.
- Recementación o readhesión del protector de espacio unilateral, por cuadrante (D1553): un beneficio una vez por proveedor, por cuadrante o arco aplicable; para pacientes menores de 18 años.

Beneficios y límites para los servicios de restauración:

- Dientes de leche, restauraciones con amalgama: una superficie (D2140), dos superficies (D2150), tres superficies (D2160), cuatro o más superficies (D2161): un beneficio una vez en un periodo de 12 meses.

- Piezas dentales permanentes, restauraciones con amalgama: una superficie (D2140), dos superficies (D2150), tres superficies (D2160), cuatro o más superficies (D2161): un beneficio una vez en un periodo de 36 meses.
- Dientes de leche, restauraciones de resina compuesta (anteriores): una superficie (D2330), dos superficies (D2331), tres superficies (D2332), cuatro o más superficies o si afecta el ángulo incisal (D2335): un beneficio una vez en un periodo de 12 meses, cada superficie dental única solo se paga una vez por pieza dental por fecha de servicio.
- Piezas dentales permanentes, restauraciones de resina compuesta (anteriores): una superficie (D2330), dos superficies (D2331), tres superficies (D2332), cuatro o más superficies o si afecta el ángulo incisal (D2335): un beneficio una vez en un periodo de 36 meses, cada superficie dental única solo se paga una vez por pieza dental por fecha de servicio.
- Dientes de leche, corona de resina compuesta, (anterior) (D2390): al menos cuatro superficies deben estar afectadas; un beneficio una vez en un periodo de 12 meses.
- Piezas dentales permanentes, corona de resina compuesta (anterior) (D2390): al menos cuatro superficies deben estar afectadas; un beneficio una vez en un periodo de 36 meses
- Dientes de leche, restauraciones de resina compuesta (posteriores): una superficie (D2391), dos superficies (D2392), tres superficies (D2393), cuatro o más superficies (D2394): un beneficio una vez en un periodo de 12 meses.
- Piezas dentales permanentes, restauraciones de resina compuesta (posteriores): una superficie (D2391), dos superficies (D2392), tres superficies (D2393), cuatro o más superficies (D2394): un beneficio una vez en un periodo de 36 meses.
- Corona de resina compuesta (indirecta), piezas dentales permanentes anteriores (a partir de los 13 años) y posteriores (de 13 a 20 años) (D2710): un beneficio una vez en un periodo de cinco años; para cualquier corona de resina compuesta de fabricación indirecta. No es un beneficio para pacientes menores de 13 años de edad; o para los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una prótesis parcial removible existente con ganchos o apoyos fundidos.
- Corona de 3/4 de resina compuesta (indirecta), piezas dentales permanentes anteriores (a partir de los 13 años) y posteriores (de 13 a 20 años) (D2712): un beneficio una vez en un periodo de cinco años; para cualquier corona de resina compuesta de fabricación indirecta. No es un beneficio para pacientes menores de 13 años de edad; o para los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una prótesis parcial removible existente con ganchos o apoyos fundidos; o para uso como corona temporal.
- Corona de resina sobre metal predominantemente base, piezas dentales permanentes anteriores (a partir de los 13 años) y posteriores (de 13 a 20 años) (D2721): un beneficio una vez en un periodo de cinco años. No es un beneficio para pacientes menores de 13 años de edad; o para los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una prótesis parcial removible existente con ganchos o apoyos fundidos.
- Corona de porcelana/cerámica, piezas dentales permanentes anteriores (a partir de los 13 años) y posteriores (de 13 a 20 años) (D2740): un beneficio una vez en un periodo de cinco años. No es un beneficio para pacientes menores de 13 años de edad; o para los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una prótesis parcial removible existente con ganchos o apoyos fundidos.
- Corona de porcelana fundida sobre metal predominantemente base, piezas dentales permanentes anteriores (a partir de los 13 años) y posteriores (de 13 a 20 años) (D2751): un beneficio una vez en un periodo de cinco años. No es un beneficio para pacientes menores de 13 años de edad; o para los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una prótesis parcial removible existente con ganchos o apoyos fundidos.
- Corona de 3/4 fundida en metal predominantemente base, piezas dentales permanentes anteriores (a partir de los 13 años) y posteriores (de 13 a 20 años) (D2781): un beneficio una vez en un periodo

de cinco años. No es un beneficio para pacientes menores de 13 años de edad; o para los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una prótesis parcial removible existente con ganchos o apoyos fundidos.

- Corona de 3/4 de porcelana/cerámica, piezas dentales permanentes anteriores (a partir de los 13 años) y posteriores (de 13 a 20 años) (D2783): un beneficio una vez en un periodo de cinco años. No es un beneficio para pacientes menores de 13 años de edad; o para los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una prótesis parcial removible existente con ganchos o apoyos fundidos.
- Corona fundida en metal predominantemente base, piezas dentales permanentes anteriores (a partir de los 13 años) y posteriores (de 13 a 20 años) (D2791): un beneficio una vez en un periodo de cinco años. No es un beneficio para pacientes menores de 13 años de edad; o para los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una prótesis parcial removible existente con ganchos o apoyos fundidos.
- Recementación de incrustación intracoronaria o extracoronaria, o restauración de cobertura parcial (2910): un beneficio una vez en un periodo de 12 meses, por proveedor.
- Recementación de corona (D2920): no es un beneficio dentro de los 12 meses de una recementación previa por el mismo proveedor.
- Corona prefabricada de porcelana/cerámica; pieza dental permanente (D2928): un beneficio una vez en un periodo de 36 meses. No es un beneficio para los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar.
- Corona prefabricada de porcelana/cerámica; diente de leche (D2929): un beneficio una vez en un periodo de 12 meses.
- Corona prefabricada de acero inoxidable, diente de leche (D2930): un beneficio una vez en un periodo de 12 meses.
- Corona prefabricada de acero inoxidable, pieza dental permanente (D2931): un beneficio una vez en un periodo de 36 meses. No es un beneficio para los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar.
- Dientes de leche, corona prefabricada de resina (D2932), corona prefabricada de acero inoxidable con ventana de resina (D2933): un beneficio una vez en un periodo de 12 meses.
- Piezas dentales permanentes, corona prefabricada de resina (D2932), corona prefabricada de acero inoxidable con ventana de resina (D2933): un beneficio una vez en un periodo de 36 meses. No es un beneficio para los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar.
- Colocación de restauración directa provisional (D2940): un beneficio una vez por pieza dental en un periodo de seis meses, por proveedor. No es un beneficio cuando se realiza en la misma fecha de servicio con una restauración permanente o corona, para la misma pieza dental; en piezas dentales con tratamiento de conducto.
- Retención de pernos: por pieza dental, además de la restauración (D2951): un beneficio solo para piezas dentales permanentes; cuando se factura con una restauración con amalgama o resina compuesta en la misma fecha de servicio; una vez por pieza dental independientemente del número de pernos colocados; para una restauración posterior cuando la destrucción afecte tres o más superficies conectadas y al menos una cúspide; o para una restauración anterior cuando una destrucción coronaria extensa afecte el ángulo incisal.
- Poste y muñón además de la corona, fabricado indirectamente (D2952): un beneficio una vez por pieza dental, independientemente del número de postes colocados; solo en combinación con coronas autorizadas (prefabricadas o elaboradas en laboratorio) en piezas dentales permanentes con tratamiento de conducto.
- Poste y muñón prefabricados, además de la corona (D2954): un beneficio una vez por pieza dental, independientemente del número de postes colocados; solo en combinación con coronas

autorizadas (prefabricadas o elaboradas en laboratorio) en piezas dentales permanentes con tratamiento de conducto.

- Reparación de corona necesaria por falla del material de restauración (D2980): un beneficio para coronas elaboradas en laboratorio en piezas dentales permanentes. No es un beneficio dentro de los 12 meses siguientes a la colocación inicial de la corona o reparación previa por el mismo proveedor.

Beneficios y límites para los servicios de endodoncia:

- Pulpotomía terapéutica (sin restauración final): extirpación de la pulpa coronaria en la unión cementodentinaria y aplicación de medicamento (D3220): un beneficio una vez por diente de leche. No es un beneficio para un diente de leche cercano a la exfoliación; para un diente de leche con una pulpa necrótica o una lesión periapical; para un diente de leche que no se pueda restaurar; o para una pieza dental permanente.
- Desbridamiento pulpar, dientes de leche y piezas dentales permanentes (D3221): un beneficio para piezas dentales permanentes o para dientes de leche retenidos en exceso sin sucesor permanente; una vez por pieza dental.
- Pulpotomía parcial para apicogénesis: pieza dental permanente con desarrollo incompleto de la raíz (D3222): un beneficio una vez por pieza dental permanente. No es un beneficio para dientes de leche; o para los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una prótesis parcial fija existente o una prótesis parcial removible con ganchos o apoyos fundidos.
- Terapia pulpar (empaste reabsorbible): anterior, diente de leche (D3230), o posterior, diente de leche (D3240), (sin restauración final): un beneficio una vez por diente de leche. No es un beneficio para un diente de leche cercano a la exfoliación; con una pulpotomía terapéutica (sin restauración final) (D3220), misma fecha de servicio, misma pieza dental; o con desbridamiento pulpar, dientes de leche y piezas dentales permanentes (D3221), misma fecha de servicio, misma pieza dental.
- Tratamiento de conducto, pieza dental anterior (D3310) (sin restauración final): un beneficio una vez por pieza dental para el tratamiento de conducto inicial. Para la repetición de tratamiento de conducto, use la repetición de tratamiento de conducto previo: anterior (D3346).
- Tratamiento de conducto, premolar (D3320), (sin restauración final): un beneficio una vez por pieza dental para el tratamiento de conducto inicial. Para la repetición de tratamiento de conducto, use la repetición de tratamiento de conducto previo: premolar (D3347).
- Tratamiento de conducto, molar (sin restauración final) (D3330): un beneficio una vez por pieza dental para el tratamiento de conducto inicial. Para la repetición de tratamiento de conducto, use la repetición de tratamiento de conducto previo: molar (D3348). No es un beneficio para los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una prótesis parcial fija existente o una prótesis parcial removible con ganchos o apoyos fundidos.
- Repetición de tratamiento de conducto previo, anterior (D3346), premolar (D3347): no es un beneficio para el proveedor original dentro de los 12 meses del tratamiento inicial.
- Repetición de tratamiento de conducto previo, molar (D3348): no es un beneficio para el proveedor original dentro de los 12 meses del tratamiento inicial; o para los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una prótesis parcial fija existente o una prótesis parcial removible con ganchos o apoyos fundidos.
- Apicoformación/recalcificación/regeneración pulpar: consulta inicial (cierre apical/recalcificación de perforaciones, reabsorción radicular, desinfección del espacio pulpar, etc.) (D3351): un beneficio una vez por pieza dental permanente. No es un beneficio para dientes de leche; o para los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una prótesis parcial fija existente o una prótesis parcial removible con ganchos o apoyos fundidos.

- Apicoformación/recalcificación; provisional (D3352): un beneficio una vez por pieza dental permanente; solo después de la apicoformación o recalcificación, consulta inicial (cierre apical/recalcificación de perforaciones, reabsorción radicular, etc.) (D3351). No es un beneficio para dientes de leche; o para los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una prótesis parcial fija existente o una prótesis parcial removible con ganchos o apoyos fundidos.
- Apicectomía/cirugía perirradicular, anterior (D3410): un beneficio para piezas dentales permanentes anteriores únicamente. No es un beneficio para el proveedor original dentro de los 90 días del tratamiento de conducto, excepto cuando se documenta una necesidad médica; para el proveedor original dentro de los 24 meses de una apicectomía/cirugía perirradicular previa.
- Apicectomía/cirugía perirradicular, premolar (primera raíz) (D3421): un beneficio solo para premolares permanentes. No es un beneficio para el proveedor original dentro de los 90 días del tratamiento de conducto, excepto cuando se documenta una necesidad médica; para el proveedor original dentro de los 24 meses de una apicectomía/cirugía perirradicular previa.
- Apicectomía/cirugía perirradicular, molar (primera raíz) (D3425): un beneficio solo para primeros y segundos molares permanentes. No es un beneficio para el proveedor original dentro de los 90 días del tratamiento de conducto, excepto cuando se documenta una necesidad médica; para el proveedor original dentro de los 24 meses de una apicectomía/cirugía perirradicular previa, misma raíz; o para terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una prótesis parcial fija existente o una prótesis parcial removible con ganchos o apoyos fundidos.
- Apicectomía/cirugía perirradicular, molar, cada raíz adicional (D3426): un beneficio solo para primeros y segundos molares permanentes. No es un beneficio para el proveedor original dentro de los 90 días del tratamiento de conducto, excepto cuando se documente una necesidad médica; para el proveedor original dentro de los 24 meses de una apicectomía/cirugía perirradicular previa; o para terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una prótesis parcial fija existente o una prótesis parcial removible con ganchos o apoyos fundidos.

Beneficios y límites para los servicios de periodoncia:

- Gingivectomía o gingivoplastia: cuatro o más piezas dentales adyacentes o espacios interdentales por cuadrante (D4210) o de una a tres piezas dentales adyacentes, o espacios interdentales por cuadrante (D4211): un beneficio para pacientes de 13 años en adelante; una vez por cuadrante cada 36 meses.
- Cirugía ósea (incluido el ingreso del colgajo y cierre): cuatro o más piezas dentales adyacentes o espacios interdentales por cuadrante (D4260): un beneficio para pacientes de 13 años en adelante; una vez por cuadrante cada 36 meses.
- Cirugía ósea (incluido el ingreso del colgajo y cierre): una a tres piezas dentales adyacentes o espacios interdentales, por cuadrante (D4261): un beneficio para pacientes de 13 años en adelante; una vez por cuadrante cada 36 meses.
- Alisado periodontal y raspado radicular, cuatro o más piezas dentales por cuadrante (D4341) o una a tres piezas dentales por cuadrante (D4342): un beneficio para pacientes de 13 años en adelante; una vez por cuadrante cada 24 meses.
- Mantenimiento periodontal (D4910): un beneficio solo para pacientes que residen en un Centro de enfermería especializada (*SNF, Skilled Nursing Facility*) o en un Centro de atención intermedia (*ICF, Intermediate Care Facility*); solo cuando vaya precedido de un alisado y raspado radicular periodontal (D4341- D4342); solo después de completar todas las sesiones necesarias de raspado y alisado radicular; una vez en un trimestre del año calendario; solo en el periodo de 24 meses posterior al último raspado y alisado radicular.
- Cambio de apósito no programado (por otra persona que no sea el dentista tratante) (D4920): para pacientes de 13 años en adelante; una vez por paciente y por proveedor; en los 30 días siguientes a la fecha de servicio de la gingivectomía o gingivoplastia (D4210 y D4211) y de la cirugía ósea (D4260 y D4261).

Beneficios y límites para los servicios de prostodoncia:

- Los servicios de prostodoncia proporcionados únicamente con fines estéticos no son un beneficio.
- Las dentaduras postizas temporales o provisionales que se usan mientras se construye una dentadura postiza permanente no son un beneficio.
- Las dentaduras postizas de repuesto no son un beneficio.
- La evaluación de una dentadura postiza con fines de mantenimiento no es un beneficio.
- Prótesis completa, superior (D5110), inferior (D5120): cada una es un beneficio una vez en un periodo de cinco años a partir de una prótesis completa previa, inmediata o sobredentadura.
- Prótesis inmediata, superior (D5130), inferior (D5140): cada una es un beneficio una vez por paciente. No es un beneficio como prótesis provisional. Las prótesis completas subsiguientes no son un beneficio dentro de un periodo de cinco años de la colocación de una prótesis completa.
- Prótesis parcial de resina (incluidos materiales de retención/sujeción, apoyos y piezas dentales) superior (D5211) o inferior (D5212): cada una es un beneficio una vez en un periodo de cinco años; cuando se reemplaza una o varias piezas dentales permanentes anteriores y/o el arco carece de oclusión posterior equilibrada. La falta de oclusión posterior equilibrada se define de la siguiente manera: faltan cinco piezas dentales permanentes posteriores (sin incluir los terceros molares), o faltan los cuatro primeros y segundos molares permanentes, o faltan el primer y segundo molar permanente y el segundo premolar en el mismo lado. No es un beneficio para reemplazar los terceros molares faltantes.
- Prótesis parcial de metal fundido con base de resina (incluidos materiales de retención/sujeción, ganchos convencionales, apoyos y piezas dentales) superior (D5213) o inferior (D5214): cada una es un beneficio una vez en un periodo de cinco años; cuando se reemplaza una o varias piezas dentales permanentes anteriores y/o el arco carece de oclusión posterior equilibrada. La falta de oclusión posterior equilibrada se define de la siguiente manera: faltan cinco piezas dentales permanentes posteriores (sin incluir los terceros molares), o faltan los cuatro primeros y segundos molares permanentes, o faltan el primer y segundo molar permanente y el segundo premolar en el mismo lado. No es un beneficio para reemplazar los terceros molares faltantes.
- Ajuste de prótesis completa, superior (D5410) o inferior (D5411): un beneficio una vez por fecha de servicio por proveedor; dos veces en un periodo de 12 meses por proveedor. No es un beneficio: en la misma fecha de servicio o dentro de los seis meses siguientes a la fecha de servicio de la colocación de una prótesis completa, maxilar (D5110), mandibular (D5120), prótesis inmediata, maxilar (D5130), mandibular (D5140) o sobredentadura maxilar (D5863) o mandibular (D5865); en la misma fecha de servicio o dentro de los seis meses siguientes a la fecha de servicio del revestimiento de una prótesis completa (en consultorio), maxilar (D5730), mandibular (D5731), revestimiento de una prótesis completa (en laboratorio), maxilar (D5750), mandibular (D5751) y acondicionamiento tisular, maxilar (D5850), mandibular (D5851); en la misma fecha de servicio o dentro de los seis meses siguientes a la fecha de servicio de la reparación de la base de una prótesis completa rota (D5511 o D5512) y reemplazo de piezas dentales faltantes o rotas, prótesis completa (D5520).
- Ajuste de prótesis parcial, superior (D5421), inferior (D5422): un beneficio una vez por fecha de servicio por proveedor; dos veces en un periodo de 12 meses por proveedor. No es un beneficio en la misma fecha de servicio o dentro de los seis meses siguientes a la fecha de servicio de una prótesis parcial con base de resina para prótesis, maxilar (D5211), mandibular (D5212), o prótesis parcial, estructura de metal fundido con bases de resina para prótesis, maxilar (D5213), mandibular (D5214); en la misma fecha de servicio o dentro de los seis meses siguientes a la fecha de servicio del revestimiento de una prótesis parcial (en consultorio), maxilar (D5740) mandibular (D5741), revestimiento de una prótesis parcial (en laboratorio), maxilar (D5760), mandibular (D5761), y acondicionamiento tisular, maxilar (D5850) mandibular (D5851); en la misma fecha de servicio o dentro de los seis meses siguientes a la fecha de servicio de la reparación de la base de resina para la prótesis (D5611 o D5612), reparación de una estructura fundida (D5621 o D5622), reparación o reemplazo de

un gancho roto (D5630), reparación de piezas dentales rotas, por pieza dental (D5640), añadir pieza dental a una prótesis parcial existente (D5650) y añadir gancho a una prótesis parcial existente (D5660).

- Reparación de la base de una prótesis completa rota (D5511 o D5512): un beneficio una vez por arco, por fecha de servicio por proveedor; dos veces en un periodo de 12 meses por proveedor. No es un beneficio en la misma fecha de servicio con un revestimiento de prótesis maxilar completa, (en consultorio) (D5730), revestimiento de prótesis mandibular completa, (en consultorio) (D5731), revestimiento de prótesis maxilar completa (en laboratorio) (D5750) y revestimiento de prótesis mandibular completa (en laboratorio) (D5751).
- Reemplazo de piezas dentales faltantes o rotas: prótesis completa, por pieza dental (D5520): un beneficio hasta un máximo de cuatro, por arco, por fecha de servicio por proveedor; dos veces por arco, en un periodo de 12 meses por proveedor.
- Reparación de la base de resina para prótesis (D5611 o D5612): un beneficio una vez por arco, por fecha de servicio por proveedor; dos veces por arco, en un periodo de 12 meses por proveedor; solo para prótesis parciales. No es un beneficio en la misma fecha de servicio con un revestimiento de una prótesis maxilar parcial (en consultorio) (D5740), revestimiento de prótesis mandibular parcial (en consultorio) (D5741), revestimiento de prótesis maxilar parcial (en laboratorio) (D5760) y revestimiento de prótesis mandibular parcial (en laboratorio) (D5761).
- Reparación de estructura fundida (D5621 o D5622): un beneficio una vez por arco, por fecha de servicio por proveedor; dos veces por arco, en un periodo de 12 meses por proveedor.
- Reparación o reemplazo de gancho roto (D5630): un beneficio hasta un máximo de tres, por fecha de servicio por proveedor; dos veces por arco, en un periodo de 12 meses por proveedor.
- Reemplazo de piezas dentales faltantes o rotas: prótesis parcial, por pieza dental (D5640): un beneficio, hasta un máximo de cuatro, por arco, por fecha de servicio por proveedor; dos veces por arco, en un periodo de 12 meses por proveedor; solo para prótesis parciales.
- Agregar pieza dental a una prótesis parcial existente, por pieza dental (D5650): un beneficio, hasta un máximo de tres, por fecha de servicio por proveedor; una vez por pieza dental. No es un beneficio para añadir terceros molares.
- Agregar gancho a una prótesis parcial existente (D5660): un beneficio, hasta un máximo de tres, por fecha de servicio por proveedor; dos veces por arco, en un periodo de 12 meses por proveedor.
- Revestimiento de prótesis completa (en consultorio) (D5730): un beneficio una vez en un periodo de 12 meses; seis meses después de la fecha de servicio para una prótesis inmediata, maxilar (D5130) o sobredentadura inmediata, maxilar (D5863) que requirió extracciones, o 12 meses después de la fecha de servicio de una prótesis completa (remota), maxilar (D5110) o sobredentadura (remota), maxilar (D5863) que no requirió extracciones. No es un beneficio dentro de los 12 meses del revestimiento de una prótesis maxilar completa (en laboratorio) (D5750).
- Revestimiento de prótesis completa (en consultorio) inferior (D5731): un beneficio una vez en un periodo de 12 meses; seis meses después de la fecha de servicio para una prótesis inmediata, mandibular (D5140) o sobredentadura inmediata, mandibular (D5865) que requirió extracciones, o 12 meses después de la fecha de servicio para una prótesis completa (remota), mandibular (D5120) o sobredentadura (remota), mandibular (D5865) que no requirió extracciones. No es un beneficio dentro de los 12 meses del revestimiento de una prótesis mandibular completa (en laboratorio) (D5751).
- Revestimiento de prótesis parcial (en consultorio) superior (D5740): un beneficio una vez en un periodo de 12 meses; seis meses después de la fecha de servicio para una prótesis parcial con base de resina, maxilar (D5211) o prótesis parcial, estructura de metal fundido con bases de resina para prótesis, maxilar (D5213) que requirió extracciones, o 12 meses después de la fecha de servicio para una prótesis parcial con base de resina, maxilar (D5211) o prótesis parcial, estructura de metal fundido con bases de resina para prótesis, maxilar (D5213) que no requirió extracciones. No es un beneficio dentro de los 12 meses del revestimiento de una prótesis parcial (en laboratorio), maxilar (D5760).

- Revestimiento de prótesis parcial (en consultorio), inferior (D5741): un beneficio una vez en un periodo de 12 meses; seis meses después de la fecha de servicio para una prótesis parcial con base de resina, mandibular (D5212) o prótesis parcial, estructura de metal fundido con bases de resina para prótesis, mandibular (D5214) que requirió extracciones, o 12 meses después de la fecha de servicio para una prótesis parcial con base de resina, mandibular (D5212) o prótesis parcial, estructura de metal fundido con bases de resina para prótesis, mandibular (D5214) que no requirió extracciones. No es un beneficio dentro de los 12 meses del revestimiento de una prótesis parcial (en laboratorio), mandibular (D5761).
- Revestimiento de prótesis completa (en laboratorio), superior (D5750): un beneficio una vez en un periodo de 12 meses; seis meses después de la fecha de servicio para una prótesis inmediata, maxilar (D5130) o sobredentadura inmediata, maxilar (D5863) que requirió extracciones, o 12 meses después de la fecha de servicio para una prótesis completa (remota), maxilar (D5110) o sobredentadura (remota), maxilar (D5863) que no requirió extracciones. No es un beneficio dentro de los 12 meses del revestimiento de una prótesis completa (en consultorio), maxilar (D5730).
- Revestimiento de prótesis completa (en laboratorio), inferior (D5751): un beneficio una vez en un periodo de 12 meses; seis meses después de la fecha de servicio para una prótesis inmediata, mandibular (D5140) o sobredentadura inmediata, mandibular (D5865) que requirió extracciones, o 12 meses después de la fecha de servicio para una prótesis completa (remota), mandibular (D5120) o sobredentadura (remota), mandibular (D5865) que no requirió extracciones. No es un beneficio dentro de los 12 meses del revestimiento de una prótesis completa (en consultorio), mandibular (D5731).
- Revestimiento de prótesis parcial, superior (en laboratorio) (D5760): un beneficio una vez en un periodo de 12 meses; seis meses después de la fecha de servicio para una prótesis parcial, maxilar, estructura de metal fundido con bases de resina para prótesis (D5213) que requirió extracciones, o 12 meses después de la fecha de servicio para una prótesis parcial, maxilar, estructura de metal fundido con bases de resina para prótesis (D5213) que no requirió extracciones. No es un beneficio dentro de los 12 meses del revestimiento de una prótesis maxilar parcial (en consultorio) (D5740); para una prótesis maxilar parcial con base de resina (D5211).
- Revestimiento de prótesis parcial, inferior (en laboratorio) (D5761): un beneficio una vez en un periodo de 12 meses; seis meses después de la fecha de servicio para una prótesis parcial, mandibular, estructura de metal fundido con bases de resina para prótesis (D5214) que requirió extracciones, o 12 meses después de la fecha de servicio para una prótesis parcial, mandibular, estructura de metal fundido con bases de resina para prótesis (D5214) que no requirió extracciones. No es un beneficio dentro de los 12 meses del revestimiento de una prótesis mandibular parcial (en consultorio) (D5741); para una prótesis mandibular parcial con base de resina (D5212).
- Acondicionamiento tisular, superior (D5850): un beneficio dos veces por prótesis en un periodo de 36 meses. No es un beneficio en la misma fecha de servicio con un revestimiento de prótesis maxilar completa (en consultorio) (D5730), revestimiento de prótesis maxilar completa (en consultorio) (D5740), revestimiento de prótesis maxilar completa (en laboratorio) (D5750) y revestimiento de prótesis maxilar parcial (en laboratorio) (D5760); o en la misma fecha de servicio con una prótesis que no requirió extracciones.
- Acondicionamiento tisular, inferior (D5851): un beneficio dos veces por prótesis en un periodo de 36 meses. No es un beneficio en la misma fecha de servicio con un revestimiento de prótesis mandibular completa (en consultorio) (D5731), revestimiento de prótesis mandibular parcial (en consultorio) (D5741), revestimiento de prótesis mandibular completa (en laboratorio) (D5751) y revestimiento de prótesis mandibular parcial (en laboratorio) (D5761), o en la misma fecha de servicio con una prótesis que no requirió extracciones.
- Sobredentadura, maxilar (D5863): un beneficio una vez en un periodo de cinco años.
- Sobredentadura, mandibular (D5865): un beneficio una vez en un periodo de cinco años.

Beneficios y límites para las prótesis maxilofaciales

- Prótesis ocular (D5916): no es un beneficio en la misma fecha de servicio con una prótesis ocular, provisional (D5923).
- Prótesis ocular, provisional (D5923): no es un beneficio en la misma fecha de servicio con una prótesis ocular (D5916).
- Prótesis obturadora, quirúrgica (D5931): no es un beneficio en la misma fecha de servicio con una prótesis obturadora, definitiva (D5932) y prótesis obturadora, provisional (D5936).
- Prótesis obturadora, definitiva (D5932): no es un beneficio en la misma fecha de servicio con una prótesis obturadora, quirúrgica (D5931) y prótesis obturadora, provisional (D5936).
- Prótesis obturadora, modificación (D5933): un beneficio dos veces en un periodo de 12 meses. No es un beneficio en la misma fecha de servicio con una prótesis obturadora, quirúrgica (D5931), una prótesis obturadora, definitiva (D5932) y prótesis obturadora, provisional (D5936).
- Prótesis obturadora, provisional (D5936): no es un beneficio en la misma fecha de servicio con una prótesis obturadora, quirúrgica (D5931) y prótesis obturadora, definitiva (D5932).
- Ayuda para la alimentación (D5951): un beneficio para pacientes menores de 18 años.
- Prótesis para el habla, pediátrica (D5952): un beneficio para pacientes menores de 18 años.
- Prótesis para el habla, adulto (D5953): un beneficio para pacientes a partir de los 19 años.
- Prótesis elevadora del paladar, definitiva (D5955): no es un beneficio en la misma fecha de servicio con una prótesis elevadora del paladar, provisional (D5958).
- Prótesis elevadora del paladar, provisional (D5958): no es un beneficio en la misma fecha de servicio con una prótesis elevadora del paladar, definitiva (D5955).
- Prótesis elevadora del paladar, modificación (D5959): un beneficio dos veces en un periodo de 12 meses. No es un beneficio en la misma fecha de servicio con una prótesis elevadora del paladar, definitiva (D5955) y prótesis elevadora del paladar, provisional (D5958).
- Prótesis para el habla, modificación (D5960): un beneficio dos veces en un periodo de 12 meses. No es un beneficio en la misma fecha de servicio con una prótesis para el habla, pediátrica (D5952) y prótesis para el habla, adulto (D5953).
- Portador de gel de fluoruro (D5986): un beneficio solo en combinación con radioterapia dirigida a piezas dentales, maxilares o glándulas salivales.

Beneficios y límites para los servicios de implantes

- Los servicios de implantes son un beneficio solo cuando se documentan situaciones médicas excepcionales y serán revisados por DentaQuest en cuanto a la necesidad médica para conceder la autorización previa. Las situaciones médicas excepcionales incluyen, entre otras:
    - Cáncer de la cavidad bucal que requiera ablación y/o radiación que provoque la destrucción del hueso alveolar, cuando las estructuras óseas restantes sean incapaces de soportar prótesis convencionales.
    - Atrofia grave de la mandíbula y/o el maxilar que no pueda corregirse con procedimientos de extensión vestibular o procedimientos de aumento óseo, y el paciente no pueda funcionar con prótesis convencionales.
    - Deformidades esqueléticas que impidan el uso de prótesis convencionales (como artrogriposis, displasia ectodérmica, anaodoncia parcial y displasia cleidocraneal).
    - Destrucción traumática de la mandíbula, la cara o la cabeza en la que las estructuras óseas restantes son incapaces de soportar prótesis convencionales.
- Los proveedores deberán presentar la documentación completa del caso (como radiografías, gammagrafías, informes quirúrgicos, informes del panel craneofacial, moldes para diagnóstico, imágenes intrabucales/extrabucales y trazados) que sea necesaria para demostrar la necesidad médica de los servicios de implante solicitados.
- Los implantes de una sola pieza dental no son un beneficio de DentaQuest Family Dental HMO.

- Colocación de implante con cirugía: implante endóstico (D6010): Los servicios de implantes son un beneficio solo cuando se documentan situaciones médicas excepcionales y serán revisados en cuanto a la necesidad médica. Consulte las políticas generales de los servicios de implantes para conocer los requisitos específicos.
- Colocación quirúrgica: implante subperióstico (D6040): consulte D6010.
- Colocación quirúrgica: implante transóseo (D6050): consulte D6010.
- Barra conectora, apoyada en implante o apoyada en pilar (D6050): consulte D6010.
- Pilar prefabricado, incluye modificaciones y colocación (D6056): consulte D6010.
- Pilar fabricado a la medida, incluye colocación (D6057): consulte D6010.
- Corona de porcelana/cerámica apoyada en pilar (D6058) consulte D6010.
- Corona de porcelana fundida sobre metal apoyada en pilar (metal de alta nobleza) (D6059): consulte D6010.
- Corona de porcelana fundida sobre metal apoyada en pilar (metal predominantemente base) (D6060): consulte D6010.
- Corona de porcelana fundida sobre metal (metal noble) (D6061): consulte D6010.
- Corona de metal fundido apoyada en pilar (metal de alta nobleza) (D6062): consulte D6010.
- Corona de metal fundido apoyada en pilar (metal predominantemente base) (D6063): consulte D6010.
- Corona de metal fundido apoyada en pilar (metal noble) (D6064): consulte D6010.
- Corona de porcelana/cerámica apoyada en implante (D6065): consulte D6010.
- Corona apoyada en implante, porcelana fundida sobre aleaciones de metal de alta nobleza (D6066): consulte D6010.
- Corona apoyada en implante (aleaciones de metal noble) (D6067): consulte D6010.
- Retenedor apoyado en pilar para prótesis parcial fija de porcelana/cerámica (D6068): consulte D6010.
- Retenedor apoyado en pilar para prótesis parcial fija de porcelana fundida sobre metal (metal de alta nobleza) (D6069): consulte D6010.
- Retenedor apoyado en pilar para prótesis parcial fija de porcelana fundida sobre metal (metal predominantemente base) (D6070): consulte D6010.
- Retenedor apoyado en pilar para prótesis parcial fija de porcelana fundida sobre metal (metal noble) (D6071): consulte D6010.
- Retenedor apoyado en pilar para prótesis parcial fija de metal fundido (metal de alta nobleza) (D6072): consulte D6010.
- Retenedor apoyado en pilar para prótesis parcial fija de metal fundido (metal predominantemente base) (D6073): consulte D6010.
- Retenedor apoyado en pilar para prótesis parcial fija de metal fundido (metal noble) (D6074): consulte D6010.
- Retenedor apoyado en implante para prótesis parcial fija de cerámica (D6075): consulte D6010.
- Retenedor apoyado en implante para prótesis parcial fija de porcelana fundida sobre aleaciones de metal de alta nobleza (D6076): consulte D6010.
- Retenedor apoyado en implante para prótesis parcial fija de aleaciones de metal de alta nobleza (D6077): consulte D6010.
- Procedimientos de mantenimiento de implante, cuando una prótesis híbrida fija de arco completo se retira y se vuelve a insertar, incluida la limpieza de la prótesis y los pilares (D6080): consulte D6010.
- Corona apoyada en implante (porcelana fundida sobre aleaciones de metal predominantemente base) (D6082): consulte D6010.
- Corona apoyada en implante (porcelana fundida sobre aleaciones de metal noble) (D6083): consulte D6010.
- Corona apoyada en implante (porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio) (D6084): consulte D6086: Corona apoyada en implante (aleaciones de metal predominantemente base) (D6086): consulte D6010.
- Corona apoyada en implante (aleaciones de metal noble) (D6087): consulte D6010.
- Corona apoyada en implante (titanio y aleaciones de titanio) (D6088): consulte D6010.

- Reparación de prótesis apoyada en implante/pilar (D6090): consulte D6010.
- Reemplazo de la parte reemplazable de un aditamento de precisión o semiprecisión (componente macho o hembra) de prótesis apoyada en implante/pilar, por aditamento (D6091): consulte D6010.
- Recementación de corona apoyada en implante/pilar (D6092): no es un beneficio dentro de los 12 meses de una recementación previa por el mismo proveedor.
- Recementación de prótesis parcial fija apoyada en implante/pilar (D6093): no es un beneficio dentro de los 12 meses de una recementación previa por el mismo proveedor.
- Corona apoyada en pilar (titanio) (D6094): consulte D6010.
- Corona apoyada en pilar, porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio (D6097): consulte D6010.
- Retenedor apoyado en implante, porcelana fundida sobre aleaciones de metal predominantemente base (DD6098): consulte D6010.
- Retenedor apoyado en implante para prótesis parcial fija, porcelana fundida sobre aleaciones de metal noble (D6099): consulte D6010.
- Retenedor apoyado en implante, porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio (6120): consulte D6010.
- Retenedor apoyado en implante para prótesis parcial fija de metal, aleaciones de metal predominantemente base (D6121): consulte D6010.
- Retenedor apoyado en implante para prótesis parcial fija de metal, aleaciones de metal noble (D6122): consulte D6010.
- Retenedor apoyado en implante para prótesis parcial fija de metal, titanio y aleaciones de titanio (D6123): consulte D6010.
- Procedimientos de mantenimiento de implante cuando una prótesis híbrida fija de arco completo no se retira, incluida la limpieza de la prótesis y los pilares (D6180): consulte D6010.

Beneficios y límites para los servicios de prótesis fijas:

- Las prótesis parciales fijas no son un beneficio cuando el pronóstico del retenedor (pilar) de las piezas dentales es cuestionable debido a que no se puede restaurar o a la afectación periodontal.
- Las prótesis parciales fijas posteriores no son un beneficio cuando el número de piezas dentales faltantes que se solicita reemplazar en el cuadrante no afecta significativamente la capacidad de masticación del paciente.
- Los retenedores (pilares) de las incrustaciones intra y extracoronarias de la prótesis parcial fija (D6545-D6634) no son un beneficio.
- Las prótesis parciales fijas de metal fundido adheridas con resina (puentes Maryland) no son un beneficio.
- Póntico, metal fundido predominantemente base (D6211): un beneficio, una vez en un periodo de cinco años; solo cuando se cumplen los criterios para una prótesis parcial de resina o prótesis parcial fundida (D5211, D5212, D5213 y D5214); solo cuando se factura en la misma fecha de servicio con retenedores (pilares) de una prótesis parcial fija (D6721, D6740, D6751, D6781, D6783, D6784 y D6791). No es un beneficio para pacientes menores de 13 años.
- Póntico, porcelana fundida sobre metal predominantemente base (D6241): un beneficio, una vez en un periodo de cinco años; solo cuando se cumplen los criterios para una prótesis parcial de resina o prótesis parcial fundida (D5211, D5212, D5213 y D5214); solo cuando se factura en la misma fecha de servicio con retenedores (pilares) de una prótesis parcial fija (D6721, D6740, D6751, D6781, D6783, D6784 y D6791). No es un beneficio para pacientes menores de 13 años.
- Póntico, porcelana/cerámica (D6245): un beneficio, una vez en un periodo de cinco años; solo cuando se cumplen los criterios para una prótesis parcial de resina o prótesis parcial fundida (D5211, D5212, D5213 y D5214); solo cuando se factura en la misma fecha de servicio con retenedores (pilares) de una prótesis parcial fija (D6721, D6740, D6751, D6781, D6783, D6784 y D6791). No es un beneficio para pacientes menores de 13 años.

- Póntico de resina sobre metal predominantemente base (D6251): un beneficio, una vez en un periodo de cinco años; solo cuando se cumplen los criterios para una prótesis parcial de resina o prótesis parcial fundida (D5211, D5212, D5213 y D5214); solo cuando se factura en la misma fecha de servicio con retenedores (pilares) de una prótesis parcial fija (D6721, D6740, D6751, D6781, D6783, D6784 y D6791). No es un beneficio para pacientes menores de 13 años.
- Corona de resina sobre metal predominantemente base (D6721): un beneficio una vez en un periodo de cinco años; solo cuando se cumplen los criterios para una prótesis parcial de resina o una prótesis parcial fundida (D5211, D5212, D5213 y D5214). No es un beneficio para pacientes menores de 13 años.
- Corona de porcelana/cerámica (D6740): un beneficio una vez en un periodo de cinco años; solo cuando se cumplen los criterios para una prótesis parcial de resina o una prótesis parcial fundida (D5211, D5212, D5213 y D5214). No es un beneficio para pacientes menores de 13 años.
- Corona de porcelana fundida sobre metal predominantemente base (D6751): un beneficio una vez en un periodo de cinco años; solo cuando se cumplen los criterios para una prótesis parcial de resina o una prótesis parcial fundida (D5211, D5212, D5213 y D5214). No es un beneficio para pacientes menores de 13 años.
- Corona de 3/4 fundida en metal predominantemente base (D6781): un beneficio una vez en un periodo de cinco años; solo cuando se cumplen los criterios para una prótesis parcial de resina o una prótesis parcial fundida (D5211, D5212, D5213 y D5214). No es un beneficio para pacientes menores de 13 años.
- Corona de 3/4 de porcelana/cerámica (D6783): un beneficio una vez en un periodo de cinco años; solo cuando se cumplen los criterios para una prótesis parcial de resina o una prótesis parcial fundida (D5211, D5212, D5213 y D5214). No es un beneficio para pacientes menores de 13 años.
- Corona retenedora de 3/4 de titanio y aleaciones de titanio (D6784): un beneficio una vez en un periodo de cinco años; solo cuando se cumplen los criterios para una prótesis parcial de resina o una prótesis parcial fundida (D5211, D5212, D5213 y D5214). No es un beneficio para pacientes menores de 13 años.
- Corona completa fundida en metal predominantemente base (D6791): un beneficio una vez en un periodo de cinco años; solo cuando se cumplen los criterios para una prótesis parcial de resina o una prótesis parcial fundida (D5211, D5212, D5213 y D5214). No es un beneficio para pacientes menores de 13 años.
- Recementación de puente (D6930): no es un beneficio dentro de los 12 meses de una recementación previa por el mismo proveedor.
- Reparación de prótesis parcial fija necesaria por falla del material de restauración (D6980): no es un beneficio dentro de los 12 meses siguientes a la colocación inicial o reparación previa, mismo proveedor.

Beneficios y límites para los servicios de cirugía maxilofacial

- Extracción, remanentes coronarios, diente de leche (D7111): no es un beneficio para piezas dentales asintomáticas.
- Extracción, pieza dental erupcionada o raíz expuesta (elevación y/o extracción con pinzas) (D7140): no es un beneficio para el mismo proveedor que realizó la extracción inicial de la pieza dental.
- Extracción quirúrgica de pieza dental erupcionada con elevación de colgajo y remoción de hueso y/o resección de la pieza dental y con elevación del colgajo mucoperióstico si se indica (D7210): un beneficio cuando la extracción de cualquier pieza dental erupcionada requiere la elevación de un colgajo mucoperióstico y la remoción de tejido óseo alveolar sustancial o el seccionamiento de la pieza dental.
- Extracción de pieza dental impactada, tejido blando (D7220): un beneficio cuando la mayor parte o la totalidad de la superficie oclusal está cubierta por tejido blando mucogingival.
- Extracción de pieza dental impactada, parcialmente osificada (D7230): un beneficio cuando la extracción de cualquier pieza dental impactada requiere la elevación de un colgajo mucoperióstico y la remoción de tejido óseo alveolar sustancial. Una de las alturas proximales de contorno de la corona deberá estar cubierta por hueso.

- Extracción de pieza dental impactada, completamente osificada (D7240): un beneficio cuando la extracción de cualquier pieza dental impactada requiere la elevación de un colgajo mucoperióstico y la remoción de tejido óseo alveolar sustancial que cubre la mayor parte o la totalidad de la corona.
- Extracción de pieza dental impactada, completamente osificada con complicaciones quirúrgicas atípicas (D7241): un beneficio cuando la extracción de cualquier pieza dental impactada requiere la elevación de un colgajo mucoperióstico y la remoción de tejido óseo alveolar sustancial que cubre la mayor parte o la totalidad de la corona. La dificultad o complejidad se deberá a factores como la disección del nervio o la posición anómala de la pieza dental.
- Extracción quirúrgica de raíces dentales residuales (procedimiento de corte) (D7250): un beneficio cuando la raíz está completamente cubierta por hueso alveolar. no es un beneficio para el mismo proveedor que realizó la extracción inicial de la pieza dental.
- Cierre de fístula bucosinusal (D7260): un beneficio para la escisión de un trayecto fistuloso entre el seno maxilar y la cavidad bucal. No es un beneficio junto con procedimientos de extracción (D7111 - D7250).
- Cierre primario de perforación sinusal (D7261): un beneficio en ausencia de un trayecto fistuloso que requiere la reparación o cierre inmediato de la comunicación bucosinusal o buconasal, posterior a la extracción de una pieza dental.
- Estabilización o reimplantación de una pieza dental expulsada o desplazada accidentalmente (D7270): un beneficio una vez por arco independientemente del número de piezas dentales implicadas, y solo para piezas dentales anteriores permanentes.
- Acceso quirúrgico de una pieza dental no erupcionada (D7280): no es un beneficio para los terceros molares.
- Colocación de dispositivo para facilitar la erupción de una pieza dental impactada (D7283): un beneficio solo para pacientes con tratamiento de ortodoncia en curso. No es un beneficio para los terceros molares a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar.
- Biopsia de tejido bucal, duro (hueso, pieza dental) (D7285): un beneficio para la extracción de la muestra únicamente; una vez por arco, por fecha de servicio independientemente de las zonas afectadas. No es un beneficio con una apicectomía/cirugía perirradicular (D3410-D3426), una extracción (D7111-D7250) y una escisión de cualquier tejido blando o lesión intraósea (D7410-D7461) en la misma zona o región en la misma fecha de servicio.
- Biopsia de tejido bucal, blando (D7286): un beneficio para la extracción de la muestra únicamente; hasta un máximo de tres por fecha de servicio. No es un beneficio con una apicectomía/cirugía perirradicular (D3410-D3426), una extracción (D7111-D7250) y una escisión de cualquier tejido blando o lesión intraósea (D7410-D7461) en la misma zona o región en la misma fecha de servicio.
- Reposicionamiento quirúrgico de piezas dentales (D7290): un beneficio para dientes permanentes únicamente; una vez por arco; solo para pacientes con tratamiento de ortodoncia en curso. No es un beneficio para los terceros molares a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar.
- Fibrotomía transeptal/fibrotomía supracrestal, según informe (D7291): un beneficio una vez por arco; solo para pacientes con tratamiento de ortodoncia en curso.
- Alveoloplastia con extracciones: cuatro o más piezas dentales o espacios interdentales, por cuadrante D7310): no es un beneficio cuando solo se extrae una pieza dental en el mismo cuadrante en la misma fecha de servicio.
- Alveoloplastia sin extracciones: cuatro o más piezas dentales o espacios interdentales, por cuadrante D7320): un beneficio independientemente del número de piezas dentales o espacios interdentales. No es un beneficio dentro de los seis meses siguientes a extracciones (D7140-D7250) en el mismo cuadrante, para el mismo proveedor.
- Vestibuloplastia, extensión de rebordes (epitelización secundaria) (D7340): un beneficio una vez en un periodo de cinco años por arco. No es un beneficio en la misma fecha de servicio con una vestibuloplastia, extensión de rebordes (D7350) mismo arco; en la misma fecha de servicio con extracciones (D7111-D7250) mismo arco.

- Vestibuloplastia, extensión de rebordes (incluye injertos de tejido blando, reinserción de músculos, revisión de inserciones de tejido blando y tratamiento de tejidos hipertrofiados e hiperplásicos) (D7350): un beneficio una vez por arco. No es un beneficio en la misma fecha de servicio con una vestibuloplastia, extensión de rebordes (D7340) mismo arco; en la misma fecha de servicio con extracciones (D7111-D7250) mismo arco.
- Extirpación de lesión benigna, compleja (D7412): un beneficio cuando hay un compromiso extenso con avance o cierre rotatorio del colgajo.
- Extirpación de lesión maligna, compleja (D7415): un beneficio cuando hay un compromiso extenso con avance o cierre rotatorio del colgajo.
- Extirpación de exostosis lateral (maxilar o mandíbula) (D7471): un beneficio una vez por cuadrante; solo para la extirpación de exostosis bucal o facial.
- Extirpación del rodete palatino (D7472): un beneficio una vez en la vida del paciente.
- Extirpación del rodete mandibular (D7473): un beneficio una vez por cuadrante.
- Reducción quirúrgica de tuberosidad ósea (D7485): un beneficio una vez por cuadrante.
- Incisión y drenaje de abscesos, tejido blando intrabucal (D7510): un beneficio una vez por cuadrante, misma fecha de servicio. No es un beneficio cuando se realiza cualquier otro tratamiento definitivo en el mismo cuadrante en la misma fecha de servicio, excepto radiografías o fotografías necesarias.
- Incisión y drenaje de absceso, tejido blando intrabucal, complejo (incluye drenaje de múltiples espacios faciales) (D7511): un beneficio una vez por cuadrante, misma fecha de servicio. No es un beneficio cuando se realiza cualquier otro tratamiento definitivo en el mismo cuadrante en la misma fecha de servicio, excepto radiografías o fotografías necesarias.
- Extracción de cuerpo extraño en mucosa, piel o tejido alveolar subcutáneo (D7530): un beneficio una vez por fecha de servicio. No es un beneficio cuando se asocia a la extirpación de un tumor, quiste (D7440- D7461) o pieza dental (D7111- D7250).
- Extracción de cuerpos extraños que producen reacciones, sistema musculoesquelético (D7540): un beneficio una vez por fecha de servicio. No es un beneficio cuando se asocia a la extirpación de un tumor, quiste (D7440- D7461) o pieza dental (D7111- D7250).
- Osteotomía parcial/secuestrectomía para remoción de hueso no vital (D7550): un beneficio una vez por cuadrante, por fecha de servicio; solo para la extracción de fragmento óseo suelto o desprendido causado por infección o riego sanguíneo reducido. No es un beneficio en los 30 días siguientes a una extracción asociada (D7111-D7250).
- Sinusotomía maxilar para la extracción de fragmento de pieza dental o cuerpo extraño (D7560): no es un beneficio cuando se extrae un fragmento de pieza dental o un cuerpo extraño del alvéolo dental.
- Huesos faciales, reducción compleja con fijación y varios tratamientos quirúrgicos (D7680): un beneficio para el tratamiento de fracturas simples.
- Huesos faciales, reducción compleja con fijación y varios tratamientos quirúrgicos (D7780): un beneficio para el tratamiento de fracturas compuestas.
- Dispositivo ortopédico oclusal, según informe (D7880): un beneficio para la disfunción de la articulación temporomandibular diagnosticada. No es un beneficio para el tratamiento del bruxismo.
- Tratamiento de trastornos temporomandibulares no especificado, según informe (D7899): no es un beneficio para procedimientos como la acupuntura, la acupresión, la biorretroalimentación y la hipnosis.
- Sutura de pequeñas heridas recientes de hasta 5 cm (D7910): no es un beneficio para el cierre de incisiones quirúrgicas.
- Sutura compleja, hasta 5 cm (D7911): no es un beneficio para el cierre de incisiones quirúrgicas.
- Sutura compleja, más de 5 cm (D7912): no es un beneficio para el cierre de incisiones quirúrgicas.
- Injerto cutáneo (identificar defecto cubierto, localización y tipo de injerto) (D7920): no es un beneficio para el injerto periodontal.

- Injerto óseo, osteoperióstico o cartilaginoso de mandíbula o huesos faciales, autógeno o no autógeno, según informe (D7950): no es un beneficio para el injerto periodontal.
- Aumento de los senos paranasales con hueso o sustitutos óseos mediante abordaje lateral abierto (D7951): un beneficio solo para pacientes con servicios de implante autorizados.
- Aumento de los senos paranasales con hueso o sustituto óseo mediante abordaje vertical (D7952): un beneficio solo para pacientes con servicios de implante autorizados.
- Reparación de defecto maxilofacial de tejido blando y/o duro (D7955): no es un beneficio para el injerto periodontal.
- Frenotomía bucal/labial (D7961): un beneficio una vez por arco por fecha de servicio; solo cuando los incisivos y caninos permanentes han erupcionado.
- Frenotomía lingual (D7962): un beneficio una vez por arco por fecha de servicio; solo cuando los incisivos y caninos permanentes han erupcionado.
- Frenuloplastia (D7963): un beneficio una vez por arco por fecha de servicio; solo cuando los incisivos y caninos permanentes han erupcionado.
- Escisión de tejido hiperplásico, por arco (D7970): un beneficio una vez por arco por fecha de servicio. No es un beneficio para la hiperplasia inducida por fármacos o cuando la extirpación del tejido requiere rehacer extensivamente el contorno gingival.
- Reducción quirúrgica de tuberosidad fibrosa (D7972): un beneficio una vez por cuadrante por fecha de servicio.
- Remoción de aparato (no por el dentista que colocó el aparato), incluye la remoción de la barra de arco (D7997): un beneficio una vez por arco por fecha de servicio; solo para la remoción de aparatos relacionados con procedimientos quirúrgicos. No es un beneficio para la remoción de aparatos de ortodoncia y protectores de espacio.

Beneficios y límites para los servicios de ortodoncia

- Los procedimientos de ortodoncia son beneficios para casos que requieren tratamiento y son necesarios por razones médicas de oclusión dental defectuosa incapacitante, paladar hendido y crecimiento facial para pacientes menores de 21 años, y deberán ser autorizados previamente.
- Solo se considerarán necesarios por razones médicas los casos con dentadura permanente, a menos que el paciente tenga 13 años o más y le queden dientes de leche. Los casos de paladar hendido y anomalías craneofaciales son un beneficio para la dentadura de leche, la mixta y la permanente. Las anomalías craneofaciales se tratan mediante el abordaje del crecimiento facial.
- Todos los procedimientos necesarios que puedan afectar el tratamiento de ortodoncia deberán completarse antes de considerar el tratamiento de ortodoncia.
- Los procedimientos de ortodoncia son un beneficio solo cuando los moldes para diagnóstico verifican una puntuación mínima de 26 puntos en el formulario de puntuación para modificaciones de California del índice de desviación labiolingual incapacitante (*HLD, Handicapping Labio-lingual Deviation*), DC016 (06/09) o cuando existe una de las seis situaciones que califican automáticamente indicadas a continuación o cuando existe documentación escrita de una anomalía craneofacial de un especialista acreditado en su carta profesional con membrete.
- Las situaciones que califican automáticamente son:
    - deformidad del paladar hendido. Si el paladar hendido no es visible en los moldes para diagnóstico, se deberá presentar documentación escrita de un especialista acreditado, con membrete profesional, junto con la solicitud de autorización previa,
    - anomalía craneofacial. Se deberá presentar documentación escrita de un especialista acreditado, con membrete profesional, junto con la solicitud de autorización previa,
    - una sobremordida profunda con compresión en la que los incisivos inferiores destruyen el tejido blando del paladar,

- una mordida cruzada de las piezas dentales anteriores individuales que causa destrucción del tejido blando,
- un resalte superior a 9 mm o un resalte invertido superior a 3.5 mm,
- una desviación traumática grave (como la pérdida de un segmento premaxilar por quemaduras, accidente u osteomielitis u otra patología macroscópica). La documentación escrita del traumatismo o la patología deberá presentarse junto con la solicitud de autorización previa.

- Tratamiento de ortodoncia integral de dentadura en adolescentes con oclusión dental defectuosa incapacitante (D8080): un beneficio para casos de oclusión dental defectuosa incapacitante, paladar hendido y abordaje del crecimiento facial; para pacientes menores de 21 años; para dentadura permanente (a menos que el paciente tenga 13 años o más con dientes de leche aún presentes o con paladar hendido o anomalía craneofacial); una vez por paciente y por fase de tratamiento.
- Tratamiento de ortodoncia integral con cirugía ortognática (D8091): un beneficio para casos de oclusión dental defectuosa incapacitante, paladar hendido y abordaje del crecimiento facial; para pacientes menores de 21 años; para dentadura permanente (a menos que el paciente tenga 13 años o más con dientes de leche aún presentes o con paladar hendido o anomalía craneofacial); una vez por paciente y por fase de tratamiento.
- Terapia con aparato removible (D8210): un beneficio para pacientes de 6 a 12 años; una vez por paciente. No es un beneficio para aparatos de ortodoncia, aparatos de guía dental, movimientos dentales menores o alambres activadores; para protectores de espacio en la región anterior superior o inferior.
- Terapia con aparatos fijos (D8220): un beneficio para pacientes de 6 a 12 años; una vez por paciente. No es un beneficio para aparatos de ortodoncia, aparatos de guía dental, movimientos dentales menores o alambres activadores; para protectores de espacio en la región anterior superior o inferior.
- Consulta previa al tratamiento de ortodoncia (D8660): un beneficio previo al tratamiento de ortodoncia integral de dentadura en adolescentes (D8080) para la fase inicial de tratamiento para casos de abordaje del crecimiento facial, independientemente de cuántas fases de tratamiento se requieran; una vez cada tres meses; para pacientes menores de 21 años; para un máximo de seis.
- Consulta periódica del tratamiento de ortodoncia (como parte del contrato, oclusión dental defectuosa incapacitante, (D8670): un beneficio para pacientes menores de 21 años; para dentadura permanente (a menos que el paciente tenga 13 años o más con dientes de leche aún presentes o con paladar hendido o anomalía craneofacial); una vez por trimestre calendario.
- La cantidad máxima de consultas mensuales de tratamiento para las siguientes fases son:
- Oclusión dental defectuosa, hasta un máximo de 8 consultas trimestrales. (Se autorizarán 4 consultas trimestrales adicionales cuando la documentación y las fotografías justifiquen la necesidad médica), o
    - Paladar hendido:
        - Dientes de leche, hasta un máximo de 4 consultas trimestrales. (Se autorizarán 2 consultas trimestrales adicionales cuando la documentación y las fotografías justifiquen la necesidad médica).
        - Dentadura mixta, hasta un máximo de 5 consultas trimestrales. (Se autorizarán 3 consultas trimestrales adicionales cuando la documentación y las fotografías justifiquen la necesidad médica).
        - Dentadura permanente, hasta un máximo de 10 consultas trimestrales. (Se autorizarán 5 consultas trimestrales adicionales cuando la documentación y las fotografías justifiquen la necesidad médica), o

- Abordaje del crecimiento facial:
    - Dientes de leche, hasta un máximo de 4 consultas trimestrales. (Se autorizarán 2 consultas trimestrales adicionales cuando la documentación y las fotografías justifiquen la necesidad médica).
    - Dentadura mixta, hasta un máximo de 5 consultas trimestrales. (Se autorizarán 3 consultas trimestrales adicionales cuando la documentación y las fotografías justifiquen la necesidad médica).
    - Dentadura permanente, hasta un máximo de 8 consultas trimestrales. (Se autorizarán 4 consultas trimestrales adicionales cuando la documentación y las fotografías justifiquen la necesidad médica).

- Visita para el tratamiento de ortodoncia periódico con cirugía ortognática (D8671): un beneficio para pacientes menores de 21 años; para dentadura permanente (a menos que el paciente tenga 13 años o más con dientes de leche aún presentes o con paladar hendido o anomalía craneofacial); una vez por arco por cada fase autorizada de tratamiento de ortodoncia.
- Retención ortodóncica (remoción de aparatos, construcción y colocación de retenedores) (D8680): un beneficio para pacientes menores de 21 años; para dentadura permanente (a menos que el paciente tenga 13 años o más con dientes de leche aún presentes o con paladar hendido o anomalía craneofacial); una vez por arco por cada fase autorizada de tratamiento de ortodoncia.
- Reparación de aparato de ortodoncia, maxilar (D8696): un beneficio para pacientes menores de 21 años, una vez por aparato. No es un beneficio para el proveedor original para el reemplazo y/o reparación de apliques ortodóncicos, bandas o alambres del arco.
- Reparación de aparato de ortodoncia, mandibular (D8697): un beneficio para pacientes menores de 21 años, una vez por aparato. No es un beneficio para el proveedor original para el reemplazo y/o reparación de apliques ortodóncicos, bandas o alambres del arco.
- Recementación o readhesión del retenedor fijo, maxilar (D8698): un beneficio para pacientes menores de 21 años, una vez por proveedor.
- Recementación o readhesión del retenedor fijo, mandibular (D8699): un beneficio para pacientes menores de 21 años, una vez por proveedor.
- Reparación de retenedor fijo, incluye reimplantación, maxilar (D8701): un beneficio para pacientes menores de 21 años, una vez por proveedor. Reparación de retenedor fijo, incluye reimplantación, mandibular (D8702): un beneficio para pacientes menores de 21 años, una vez por proveedor. Reemplazo de retenedor extraviado o roto, maxilar (D8703): un beneficio para pacientes menores de 21 años; una vez por arco; solo dentro de los 24 meses siguientes a la fecha de servicio de la retención ortodóncica (D8680).
- Reemplazo de retenedor extraviado o roto, mandibular (D8704): un beneficio para pacientes menores de 21 años; una vez por arco; solo dentro de los 24 meses siguientes a la fecha de servicio de la retención ortodóncica.

Beneficios y límites para los servicios complementarios

- Tratamiento paliativo del dolor dental, por consulta (D9110): un beneficio una vez por fecha de servicio por proveedor, independientemente del número de piezas dentales y/o zonas tratadas. No es un beneficio cuando se realiza cualquier otro tratamiento en la misma fecha de servicio, excepto cuando se necesitan radiografías/fotografías de la zona afectada para diagnosticar y documentar la situación de emergencia.
- Seccionamiento de la prótesis parcial fija (D9120): un beneficio cuando al menos una de las piezas dentales de soporte debe mantenerse.
- Anestesia local por separado de procedimientos quirúrgicos ambulatorios (D9210): un beneficio una vez por fecha de servicio por proveedor; solo para uso con el fin de realizar un diagnóstico diferencial o como inyección terapéutica para eliminar o controlar una enfermedad o anomalía. No es un beneficio cuando se realiza cualquier otro tratamiento en la misma fecha de servicio, excepto cuando se

necesitan radiografías/fotografías de la zona afectada para diagnosticar y documentar la situación de emergencia.

- Sedación profunda/anestesia general, cada 15 minutos subsiguientes o fracción (D9223): no es un beneficio en la misma fecha de servicio con analgesia, ansiólisis, inhalación de óxido nitroso (D9230), analgesia/sedación consciente intravenosa (D9239 o D9243) o sedación consciente no intravenosa (D9248); cuando se deniegan todos los procedimientos asociados en la misma fecha de servicio por el mismo proveedor.
- Analgesia (óxido nitroso) (D9230): un beneficio para pacientes menores de 13 años que no cooperan, o para pacientes de 13 años o mayores cuando la documentación identifica específicamente el estado físico, de comportamiento, de desarrollo o emocional que prohíbe al paciente responder a los intentos del proveedor de realizar el tratamiento. No es un beneficio en la misma fecha de servicio con sedación profunda/anestesia general (D9223), sedación consciente/analgesia intravenosa (D9239 o D9243) o sedación consciente no intravenosa (D9248); cuando se deniegan todos los procedimientos asociados en la misma fecha de servicio por el mismo proveedor.
- Sedación/analgesia moderada (consciente) intravenosa, primer incremento de 15 minutos (D9239): no es un beneficio en la misma fecha de servicio con sedación profunda/anestesia general (D9223), analgesia, ansiólisis, inhalación de óxido nitroso (D9230) o sedación consciente no intravenosa (D9248); cuando se deniegan todos los procedimientos asociados en la misma fecha de servicio por el mismo proveedor.
- Sedación/analgesia moderada (consciente) intravenosa, cada 15 minutos subsiguientes o fracción (D9243): no es un beneficio en la misma fecha de servicio con sedación profunda/anestesia general (D9223), analgesia, ansiólisis, inhalación de óxido nitroso (D9230) o sedación consciente no intravenosa (D9248); cuando se deniegan todos los procedimientos asociados en la misma fecha de servicio por el mismo proveedor.
- Sedación moderada (D9244-D9247): un beneficio para pacientes menores de 13 años que no cooperan, o para pacientes de 13 años o mayores cuando la documentación identifica específicamente el estado físico, de comportamiento, de desarrollo o emocional que prohíbe al paciente responder a los intentos del proveedor de realizar el tratamiento; para vías de administración oral, con parche, intramuscular o subcutánea; una vez por fecha de servicio. No es un beneficio en la misma fecha de servicio con sedación profunda/anestesia general (D9223), analgesia, ansiólisis, inhalación de óxido nitroso (D9230) o sedación consciente/analgesia intravenosa (D9239 o D9243); cuando se deniegan todos los procedimientos asociados en la misma fecha de servicio por el mismo proveedor.
- Visita a domicilio/centro de cuidados prolongados (D9410): un beneficio una vez por paciente por fecha de servicio; solo junto con procedimientos que son pagaderos.
- Visita al hospital o al centro de cirugía ambulatoria (D9420): un beneficio por cada hora o fracción documentada en el informe operatorio. No es un beneficio para un cirujano asistente; para el tiempo dedicado a recopilar los antecedentes del paciente, redactar informes o para consultas postoperatorias o de seguimiento.
- Consulta para observación (durante horarios programados regularmente) y sin que se lleven a cabo otros servicios) (D9430): un beneficio una vez por fecha de servicio por proveedor. No es un beneficio cuando se realizan procedimientos distintos a radiografías y/o fotografías necesarias en la misma fecha de servicio; para visitas a pacientes que residen en una casa/centro de cuidados prolongados.
- Visita al consultorio después del horario regular programado (D9440): un beneficio una vez por fecha de servicio por proveedor; solo con tratamiento que sea un beneficio.
- Medicamento parenteral terapéutico, única administración (D9610): un beneficio hasta un máximo de cuatro inyecciones por fecha de servicio. No es un beneficio para la administración de un analgésico o sedante cuando se usa junto con sedación profunda/anestesia general (D9223), analgesia, ansiólisis, inhalación de óxido nitroso (D9230) o analgesia/sedación consciente intravenosa (D9239 o D9243); cuando se deniegan todos los procedimientos asociados en la misma fecha de servicio por el mismo proveedor.

- Aplicación de medicamento para insensibilizar (D9910): un beneficio una vez en un periodo de 12 meses por proveedor, solo para piezas dentales permanentes. No es un beneficio cuando se usa como base, revestimiento o adhesivo en una restauración; la misma fecha de servicio que el fluoruro (D1206 y D1208).
- Tratamiento de complicaciones (después de la cirugía): situaciones poco comunes, según informe (D9930): un beneficio una vez por fecha de servicio por proveedor; para el tratamiento de una alveolitis seca o hemorragia excesiva dentro de los 30 días de la fecha de servicio de una extracción; para la remoción de fragmentos óseos dentro de los 30 días de la fecha de servicio de una extracción. No es un beneficio para la extracción de fragmentos óseos en la misma fecha de servicio con una extracción; para consultas postoperatorias rutinarias.
- Análisis de oclusión, montaje en articulador (D9950): un beneficio una vez en un periodo de 12 meses; para pacientes de 13 años o más; solo para disfunción de la articulación temporomandibular diagnosticada; para dentadura permanente. No es un beneficio solo para bruxismo.
- Ajuste oclusal, limitado (D9951): un beneficio una vez en un periodo de 12 meses por cuadrante por proveedor; para pacientes de 13 años o más; solo para piezas dentales naturales. No es un beneficio dentro de los 30 días siguientes al tratamiento definitivo de restauración, endodoncia, prostodoncia removible y fija en el mismo cuadrante o en el cuadrante opuesto.
- Ajuste oclusal, completo (D9952): un beneficio una vez en un periodo de 12 meses después del análisis de oclusión, montaje en articulador (D9950); para pacientes de 13 años o más; solo para disfunción de la articulación temporomandibular diagnosticada; para dentadura permanente.

XVIII. BENEFICIOS, EXCLUSIONES Y LIMITACIONES PARA AFILIADOS ADULTOS (A PARTIR DE LOS 19 AÑOS)

Los beneficios de DentaQuest Covered California Family Dental HMO se establecen en la lista adjunta de procedimientos cubiertos y están sujetos al costo aplicable para el afiliado (copago) en la lista, cuando son proporcionados por un dentista participante de DentaQuest y están sujetos a las exclusiones y limitaciones contenidas en este documento. Los copagos y los costos compartidos que el afiliado paga por concepto de beneficios de salud dental esenciales para menores se acumulan para el desembolso máximo anual y el deducible, según corresponda.

EXCLUSIONES

- Extracciones o radiografías con fines de ortodoncia.
- Medicamentos recetados y medicamentos de venta libre.
- Cualquier servicio que implique implantes o procedimientos experimentales.
- Cualquier procedimiento realizado con fines cosméticos, electivos o estéticos.
- Cualquier procedimiento para reemplazar o estabilizar la estructura dental perdida por desgaste, abrasión, erosión o bruxismo.
- Cualquier procedimiento no esté específicamente incluido como beneficio cubierto.
- Los servicios dentales proporcionados por dentistas o especialistas que no estén contratados no están cubiertos a menos que se haya determinado de otra manera en este Contrato de afiliación individual, Documento combinado de evidencia de cobertura y formulario de divulgación.
- Servicios que, en opinión del dentista de DentaQuest que atiende al afiliado, no pueden realizarse en el consultorio dental debido a las limitaciones generales de salud y/o físicas o de comportamiento del afiliado.
- Servicios por lesiones o afecciones causadas por actos de guerra, o que están cubiertas por el programa de compensación laboral o las leyes de responsabilidad del empleador.

- Servicios que, en opinión del dentista tratante de DentaQuest, no son necesarios para la salud dental del afiliado o tienen un mal pronóstico.
- Gastos incurridos en relación con cualquier procedimiento dental iniciado antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura o después de la fecha de terminación de la misma.
- Gastos hospitalarios de cualquier tipo.
- Pérdida o robo de prótesis parciales o completas.
- Cualquier procedimiento o aparato con el fin de corregir el contorno, el contacto o la oclusión, o para cambiar la dimensión vertical.
- Daños en las piezas dentales debidos a joyas bucales, como las perforaciones en la lengua.

LIMITACIONES

- La profilaxis (limpieza de dientes) está limitada a una vez cada seis meses.
- El tratamiento con fluoruro está cubierto una vez cada 6 meses.
- Las radiografías de aleta de mordida se limitan a una serie de cuatro cada 12 meses.
- Las radiografías de toda la boca están limitadas a una vez cada 24 meses.
- Los tratamientos periodontales (alisado radicular y curetaje subgingival) están limitados a un tratamiento por cuadrante en un periodo de 12 meses.
- Los puentes fijos solo tendrán cobertura cuando no sea posible hacer la restauración satisfactoriamente con una prótesis parcial. Si se usan puentes fijos cuando se puede hacer la restauración satisfactoriamente con una prótesis parcial, el puente fijo se considera un tratamiento opcional.
- El reemplazo de prótesis parciales está limitado a una vez cada cinco años desde la colocación inicial mientras el afiliado esté cubierto por el plan, a menos que sea necesario debido a la pérdida de piezas dentales naturales donde la adición o reemplazo de piezas dentales a la prótesis parcial existente no sea factible.
- Mientras el afiliado esté cubierto por el plan, las prótesis completas superiores y/o inferiores no podrán exceder de una en cualquier periodo de cinco años desde la colocación inicial. DentaQuest proporcionará el reemplazo de una prótesis parcial o completa existente solo si es inservible y no es posible recuperarla mediante revestimiento o reparación.
- Los revestimientos de prótesis dentales están limitados a uno por arco en un periodo de 12 meses.
- Los selladores, cuando están cubiertos, están limitados a los primeros y segundos molares permanentes.
- El reemplazo de una restauración solo tiene cobertura cuando es necesario por razones médicas.
- El reemplazo de un puente existente solo tiene cobertura cuando no se puede reparar satisfactoriamente.
- Las coronas están limitadas a cinco por arco por año.

XIX. RENOVACIÓN Y TERMINACIÓN

¿Cómo se renueva la cobertura de DentaQuest?
La cobertura se renovará el primer día de cada mes, una vez que DentaQuest haya recibido las primas pagadas por adelantado. La renovación está sujeta al derecho de DentaQuest a modificar esta Evidencia de cobertura. Usted debe seguir los procedimientos requeridos por Covered California para volver a determinar su elegibilidad para la inscripción cada año durante el periodo anual de inscripciones abiertas de Covered California.

Cambios en las primas, deducibles, copagos, beneficios y cobertura:
Cualquier cambio en el presente Contrato, incluidos los cambios en las primas, los beneficios y la cobertura o los servicios cubiertos, el deducible, el copago, el coaseguro y los desembolsos máximos anuales, entrará en

vigor después de sesenta (60) días calendario de la notificación enviada a la dirección del suscriptor registrada en DentaQuest.

¿Cuándo terminará mi afiliación a DentaQuest? (terminación de los beneficios y la cobertura)
La fecha de terminación de su cobertura corresponde al primer día en el que deje de estar cubierto por DentaQuest (por ejemplo, si su fecha de terminación es el 1 de julio de 2019, su último minuto de cobertura fue a las 11:59 p.m. del 30 de junio de 2019). Si su cobertura finaliza por cualquier motivo, deberá pagar todas las cantidades pagaderas y adeudadas relacionadas con su cobertura con DentaQuest, incluidas las primas, correspondientes al periodo anterior a la fecha de terminación.

Excepto en caso de fraude o engaño en el uso de servicios o centros, DentaQuest le devolverá en un plazo de treinta días (30) calendario la cantidad de las primas pagadas a DentaQuest que corresponda a cualquier periodo no vencido para el que se hubiera recibido el pago, junto con las cantidades adeudadas por reclamaciones, si las hubiera, menos cualquier cantidad adeudada a DentaQuest.

Usted puede presentar una queja formal al director del Departamento de Atención Médica Administrada si cree que este Contrato ha sido o será cancelado, rescindido o no renovado indebidamente. Puede ponerse en contacto con el Departamento de Atención Médica Administrada a la línea gratuita 1 (888) 466-2219, o al TDD para personas con impedimentos auditivos y del habla, línea gratuita, 1 (877) 688-9891, o en línea en www.dmhc.ca.gov.

Su afiliación a DentaQuest finalizará si:

- Deja de cumplir los requisitos de elegibilidad: usted deja de cumplir los requisitos de edad u otros requisitos de elegibilidad para la cobertura por este producto requeridos por DentaQuest o Covered California. Deja de vivir o trabajar en el área de servicio de DentaQuest para este producto. Covered California le enviará un aviso de cualquier determinación de elegibilidad. DentaQuest le enviará un aviso cuando se entere de que se ha mudado fuera del área de servicio o que ya no trabaja en el área de servicio. La cobertura finalizará a las 11:59 p.m. del último día del mes siguiente al mes en que se le envíe cualquiera de estos avisos, a menos que usted solicite una fecha efectiva de terminación anterior.
- Solicita la desafiliación: usted decide finalizar su afiliación y desafiliarse de DentaQuest notificándolo a DentaQuest y/o a Covered California. Su afiliación finalizará a las 11:59 p.m. del decimocuarto (14º) día calendario siguiente a la fecha de su solicitud o en una fecha posterior si así lo solicita. DentaQuest puede, a su discreción, aceptar una solicitud para finalizar su afiliación en menos de catorce (14) días calendario.
- Cambia de plan de salud de Covered California: usted decide cambiar de DentaQuest a otro plan de salud ofrecido a través de Covered California, ya sea (i) dentro de los primeros sesenta (60) días calendario a partir de la fecha de entrada en vigencia de su cobertura si no está satisfecho con DentaQuest, o (ii) durante un periodo anual de inscripciones abiertas u otro periodo especial de inscripción para el cual se haya determinado que usted es elegible de acuerdo con los procedimientos de inscripción especial de Covered California, o (iii) cuando intente afiliar a un nuevo dependiente.
  Su afiliación finalizará a las 11:59 p.m. del día anterior a la fecha de entrada en vigor de la cobertura a través de su nuevo plan de salud.
- Fraude o tergiversación: usted comete cualquier acto o práctica que constituya fraude, o por cualquier declaración falsa intencionada de un hecho material según los términos de su cobertura con DentaQuest. El Plan le enviará un aviso de cancelación, rescisión o no renovación

30 días antes de la cancelación, rescisión o no renovación si la póliza se cancela por fraude. En el aviso se explicarán los motivos de la medida y su derecho a apelar la decisión ante el director. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte la "Opción 2" de esta sección. Una vez transcurridos los 30 días, el Plan le enviará un aviso de terminación de la cobertura. Este aviso se le enviará después de la fecha de terminación de la cobertura, y a más tardar cinco (5) días calendario después de la fecha de terminación de la cobertura.

Después de sus primeros 24 meses de cobertura, DentaQuest no podrá rescindir su cobertura debido a omisiones, tergiversaciones o inexactitudes en su formulario de solicitud (ya sean intencionadas o no).

Si DentaQuest rescinde su afiliación por causa justificada, es posible que no se le permita afiliarse con nosotros en el futuro. También podemos denunciar fraudes criminales y otros actos ilegales a las autoridades competentes para su enjuiciamiento.

- Interrupción: si DentaQuest deja de proporcionar u organizar la prestación de beneficios para la salud para contratos de planes de servicios de salud nuevos o existentes, DentaQuest se lo notificará por escrito al menos ciento ochenta (180) días calendario antes de la interrupción de dichos contratos.
- Retiro del producto: si DentaQuest retira este producto del mercado, DentaQuest se lo notificará por escrito al menos noventa (90) días calendario antes de la fecha de terminación.
- Impago de primas: si usted no paga las primas requeridas en la fecha de vencimiento, DentaQuest puede rescindir su cobertura como se describe más adelante.

Su cobertura bajo ciertos beneficios y cobertura terminará si finaliza su elegibilidad para dichos beneficios. Por ejemplo, un afiliado que cumpla 19 años dejará de ser elegible para los servicios dentales para menores cubiertos por este Contrato y, como resultado, la cobertura de dicho afiliado bajo esos beneficios y cobertura específicos terminará cuando cumpla 19 años, sin afectar el resto de esta Evidencia de cobertura.

Avisos de primas/cancelación por impago de primas:
Sus obligaciones en relación con el pago de la prima son las siguientes:

- El pago de la prima correspondiente al próximo mes de cobertura vence a más tardar el [fecha indicada en la factura de la prima]. Esta es la "fecha de vencimiento". DentaQuest le enviará una factura antes de la fecha de vencimiento para el próximo mes de cobertura. Si DentaQuest no recibe el pago completo de la prima en la fecha de vencimiento o antes, DentaQuest le enviará un aviso de inicio del periodo de gracia.
- [[Si usted recibe subvenciones federales de créditos fiscales anticipados para la prima o subvenciones del estado de California,] DentaQuest, de conformidad con la Norma 1300.65.3(a)(2)(B), define el periodo de gracia federal que inicia el primer día del último día de la cobertura pagada y tiene duración de tres meses completos consecutivos". Antes de cancelar o no renovar su cobertura debido al impago de su prima. DentaQuest seguirá proporcionando cobertura de acuerdo con los términos de este Contrato, incluido el pago de los servicios cubiertos recibidos durante el periodo de gracia de tres meses. Durante el periodo de gracia, puede evitar la cancelación o la no renovación si paga la prima que adeuda a DentaQuest. Si no paga la prima al final del periodo de gracia, este Contrato quedará cancelado. Usted seguirá siendo responsable de las primas no pagadas que adeude a DentaQuest. DentaQuest le enviará un aviso de terminación de la cobertura. Este aviso se le enviará a más tardar cinco (5) días calendario después de la fecha de terminación de la cobertura.]

La rescisión o no renovación de este Contrato por falta de pago será efectiva a partir de las 12:00 a.m.:

- El primer día siguiente al último día del periodo de gracia aplicable.

Aviso de terminación de la cobertura
Una vez finalizado el presente Contrato, DentaQuest enviará por correo una Aviso de terminación de la cobertura a la dirección de registro del suscriptor, especificando la fecha y la hora en que finalizó la afiliación.

DERECHO A ENVIAR UNA QUEJA FORMAL EN RELACIÓN CON LA CANCELACIÓN, RESCISIÓN O NO RENOVACIÓN DE SU CONTRATO, SUSCRIPCIÓN O AFILIACIÓN AL PLAN

Si usted cree que su cobertura de atención de salud ha sido o será cancelada, rescindida o no renovada indebidamente, tiene derecho a presentar una queja formal ante el plan y/o el Departamento de Atención Médica Administrada.

OPCIÓN (1): PUEDE PRESENTAR UNA QUEJA FORMAL A SU PLAN.

• Puede enviar su queja formal a DentaQuest llamando al 1-877-433-6825, por Internet en www.dentaquest.com o por correo a:
DentaQuest
Attn: Grievance Department
PO Box 2906
Milwaukee, WI 53201-2906
• Si cree que la cancelación, rescisión o no renovación de su contrato se debe a un error, puede presentar primero su queja formal ante DentaQuest. Las quejas formales deben presentarse lo antes posible.
• DentaQuest resolverá su queja formal o le informará sobre el estado de la misma en un plazo de tres (3) días calendario. Si no recibe una respuesta del plan dentro de los tres (3) días calendario, o si no está satisfecho de alguna manera con la respuesta del plan, puede presentar una queja formal ante el Departamento de Atención Médica Administrada, según se detalla en la Opción 2 a continuación.

OPCIÓN (2): PUEDE PRESENTAR UNA QUEJA FORMAL DIRECTAMENTE ANTE EL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA ADMINISTRADA.

• Puede presentar una queja formal ante el Departamento de Atención Médica Administrada sin presentarla primero ante el plan o después de haber recibido la decisión del plan sobre su queja formal.
• Puede presentar una queja ante el Departamento de Atención Médica Administrada en línea en: www.healthhelp.ca.gov
• Puede enviar por correo una queja formal por escrito ante el Departamento de Atención Médica Administrada a la siguiente dirección:
HELP CENTER
DEPARTMENT OF MANAGED HEALTH CARE
980 NINTH STREET, SUITE 500
SACRAMENTO, CALIFORNIA 95814-2725

• Puede ponerse en contacto con el Departamento de Atención Médica Administrada para solicitar más información o presentar una queja formal al:
TELÉFONO: 1-888-466-2219
TDD: 1-877-688-9891
FAX: 1-916-255-5241
Tanto DentaQuest como el afiliado pueden cancelar este Contrato de afiliación si alguna de las partes incumple los términos o condiciones del mismo.

Reincorporación
Si no se efectúa el pago de alguna prima dentro del plazo requerido, la cobertura para el afiliado y los dependientes cubiertos caducará. Si DentaQuest acepta posteriormente un pago de la prima sin exigir una afiliación para la reincorporación, la póliza se reanudará con el pago. Si la cobertura se reanuda, las pérdidas resultantes de una lesión solo estarán cubiertas si la lesión ocurrió en la fecha de reincorporación o posteriormente.

Para los beneficiarios del Crédito Fiscal Anticipado para la Prima (*APTC, Advanced Premium Tax Credit*) o del Programa de Asistencia Estatal para el Subsidio de las Primas de CA, después del pago de todas las cantidades de las primas pendientes en cualquier momento antes del vencimiento del periodo de gracia, el Plan reanudará la cobertura del afiliado beneficiario de conformidad con el contrato del plan.

Si un afiliado presenta una queja formal ante el director del Departamento de Atención Médica Administrada (*DMHC, Department of Managed Health Care*) y el Departamento determina que la cancelación, rescisión o no renovación, incluida la cancelación por falta de pago de la prima, no cumple con la ley vigente, y el afiliado o suscriptor presentó la queja formal después de que el contrato del plan fuera cancelado, rescindido o no renovado, y el DMHC ha ordenado al plan que reincorpore al afiliado o suscriptor, de manera retroactiva a la fecha de entrada en vigor de la cancelación, rescisión o no renovación, se aplicará lo siguiente:
- En un plazo de 15 días a partir de la recepción de la orden de reincorporación, DentaQuest deberá solicitar una audiencia administrativa al DMHC o reincorporar al afiliado, suscriptor o titular del contrato.
- Si el DMHC ordena la reincorporación, DentaQuest será responsable de los gastos incurridos por el afiliado o el suscriptor por los servicios de atención médica cubiertos, menos los deducibles, los copagos o los coaseguros aplicables de acuerdo con la Evidencia de cobertura del afiliado o suscriptor, desde la fecha efectiva de cancelación, rescisión o no renovación hasta la fecha de reincorporación. DentaQuest reembolsará al afiliado o suscriptor todos los gastos médicos en los que haya incurrido el afiliado, suscriptor o titular del contrato de conformidad con esta subdivisión en un plazo de 30 días a partir de la recepción de la reclamación completa.
- El afiliado o suscriptor será responsable de todos y cada uno de los pagos de primas devengados a partir de la fecha efectiva de cancelación, rescisión o no renovación. El afiliado o suscriptor deberá pagar todas las primas pendientes antes de la reincorporación.

XX. ACCESO OPORTUNO A LA ATENCIÓN Y A LOS SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN

DentaQuest está obligada a proporcionar u organizar la prestación de los servicios de atención dental cubiertos de forma oportuna y adecuada a la naturaleza de la situación médica del afiliado, de acuerdo con las buenas prácticas profesionales. DentaQuest se asegura de que los afiliados puedan acceder a la atención clínicamente adecuada en el momento oportuno. Las citas urgentes dentro de la red de proveedores contratados por DentaQuest están disponibles en un plazo de 72 horas desde el momento de la solicitud de la cita, cuando sean

coherentes con las necesidades individuales del afiliado y según lo exijan las normas de práctica dental reconocidas profesionalmente. Las citas no urgentes (de rutina) están disponibles en un plazo de 36 días hábiles a partir de la solicitud de cita. Las citas de atención dental preventiva están disponibles en un plazo de 40 días hábiles a partir de la solicitud de cita. Los proveedores de la red de DentaQuest están obligados a emplear un servicio de contestador automático o un contestador telefónico automático durante las horas no hábiles que proporcione instrucciones sobre cómo un afiliado puede obtener atención de emergencia o de urgencia. Las instrucciones deben incluir, si corresponde, cómo ponerse en contacto con otro proveedor que haya aceptado estar de guardia para realizar el triaje o la selección por teléfono o, si es necesario, proporcionar atención de emergencia o de urgencia.

Los servicios de interpretación están a disposición de los afiliados en todos los puntos de contacto, incluso cuando un afiliado está acompañado por un familiar o amigo que puede proporcionar servicios de interpretación, sin costo alguno para el afiliado. Para programar servicios de interpretación en su cita con el dentista u otro punto de contacto, póngase en contacto con el Departamento de servicios para afiliados de DentaQuest.

XXI. RECLAMACIONES, DISPUTAS Y QUEJAS FORMALES

Las consultas, quejas o disputas relacionadas con cualquier problema que surja durante la obtención de los servicios deben dirigirse a DentaQuest. Los formularios de quejas, así como una copia de los procedimientos para las quejas formales de DentaQuest, están disponibles previa solicitud. Las quejas formales o las reclamaciones de los afiliados pueden presentarse en persona, en el consultorio de cualquier dentista participante, o solicitando a DentaQuest un formulario de reclamación por escrito, por fax o llamando a DentaQuest de la siguiente manera, o visitando el sitio web en www.caldental.net:

DentaQuest
PO Box 2906
Milwaukee, WI 53201-2906
Teléfono (949) 830-1600: Línea gratuita 1-855-425-4164
Fax (949) 830-1655

Los formularios de reclamación completados deben enviarse por correo a DentaQuest a la dirección arriba indicada.
Los afiliados, o sus representantes, con conocimientos limitados de inglés o con impedimentos visuales u otros impedimentos comunicativos pueden ponerse en contacto con el Plan para solicitar asistencia en los números indicados anteriormente.
DentaQuest se compromete a investigar debidamente y a esforzarse por resolver todas y cada una de las reclamaciones recibidas. El Plan acusará recibo de las quejas de los afiliados por escrito en un plazo de cinco días calendario a partir de su recepción. Los afiliados recibirán una respuesta por escrito en un plazo de 30 días sobre la resolución de la queja o las medidas tomadas para corregir cualquier problema. Dicha respuesta escrita a una queja formal dará a los suscriptores y afiliados una explicación clara y concisa de los motivos de la respuesta del Plan. En el caso de las quejas formales relacionadas con el retraso, la denegación o la modificación de los servicios de atención médica, la respuesta del Plan describirá los criterios utilizados y los motivos clínicos de su decisión, incluidos todos los criterios y motivos clínicos relacionados con la necesidad médica. Si el Plan, o uno de sus dentistas participantes contratantes, emite una decisión que demora, deniega o modifica los servicios de atención médica basándose total o parcialmente en la conclusión de que los servicios de atención médica propuestos no son un beneficio cubierto por el contrato que se aplica al afiliado, la decisión deberá especificar claramente las disposiciones del contrato que excluyen dicha cobertura. Los afiliados que no estén

satisfechos con la respuesta del Plan a la queja formal tienen derecho a presentar una queja ante el Departamento de Atención Médica Administrada de California.

Si la queja formal o reclamación requiere una revisión inmediata por un problema urgente o de emergencia relacionado con la calidad de la atención, según se define en la sección "Remisión de emergencia" del Programa de control de calidad, incluido el dolor intenso, según lo determine el director dental del Plan, o involucra la cancelación, rescisión o finalización de un afiliado, no se aplicará el periodo de tiempo para la acción del Plan establecido anteriormente. En tales casos, la queja formal o reclamación será tratada por el Plan en un plazo de tres días hábiles, y el afiliado del Plan será notificado del resultado inmediatamente después. Se informará a los afiliados y al Departamento de Atención Médica Administrada sobre el estado lo antes posible y, en el caso de una declaración por escrito, dentro de los tres días de recibida la queja formal.

Opciones para presentar una queja formal por cancelación, rescisión o no renovación

Si usted cree que su cobertura de atención de salud ha sido o será cancelada, rescindida o no renovada indebidamente, tiene derecho a presentar una queja formal ante el plan y/o el Departamento de Atención Médica Administrada.

OPCIÓN (1): PUEDE PRESENTAR UNA QUEJA FORMAL A SU PLAN.

• Puede enviar su queja formal a DentaQuest llamando al 1-877-433-6825, por Internet en www.caldental.net o por correo a:
DentaQuest
Attn: Grievance Department
PO Box 2906
Milwaukee, WI 53201-2906

• Si cree que la cancelación, rescisión o no renovación de su contrato se debe a un error, puede presentar primero su queja formal ante DentaQuest. Las quejas formales deben presentarse lo antes posible.

• DentaQuest resolverá su queja formal o le informará sobre el estado de la misma en un plazo de tres (3) días calendario. Si no recibe una respuesta del plan dentro de los tres (3) días calendario, o si no está satisfecho de alguna manera con la respuesta del plan, puede presentar una queja formal ante el Departamento de Atención Médica Administrada, según se detalla en la Opción 2 a continuación.

OPCIÓN (2): PUEDE PRESENTAR UNA QUEJA FORMAL DIRECTAMENTE ANTE EL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA ADMINISTRADA.

• Puede presentar una queja formal ante el Departamento de Atención Médica Administrada sin presentarla primero ante el plan o después de haber recibido la decisión del plan sobre su queja formal.

• Puede presentar una queja ante el Departamento de Atención Médica Administrada en línea en: www.healthhelp.ca.gov

• Puede enviar por correo una queja formal por escrito ante el Departamento de Atención Médica Administrada a la siguiente dirección:
HELP CENTER
DEPARTMENT OF MANAGED HEALTH CARE
980 NINTH STREET, SUITE 500
SACRAMENTO, CALIFORNIA 95814-2725
• Puede ponerse en contacto con el Departamento de Atención Médica Administrada para solicitar más información o presentar una queja formal al:
TELÉFONO: 1-888-466-2219
TDD: 1-877-688-9891
Las quejas formales por cancelación, rescisión o no renovación presentadas ante el Departamento se tratarán como quejas formales urgentes.
El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si tiene una queja formal contra su plan de salud, debe comunicarse primero por teléfono con su plan de salud al (**1-855-425-4164**) y usar el proceso de quejas formales del plan de salud antes de ponerse en contacto con el departamento.
El uso de este procedimiento de queja formal no excluye los posibles derechos o recursos legales que estén disponibles para usted. Si necesita ayuda con una queja formal relacionada con una emergencia, una queja formal que no haya sido resuelta satisfactoriamente por su plan de salud o una queja formal que lleve más de 30 días sin resolverse, puede llamar al departamento para solicitar asistencia. También puede reunir los requisitos para una Revisión médica independiente (*IMR, Independent Medical Review*). Si reúne los requisitos para una IMR, el proceso de la IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones sobre la cobertura para tratamientos que son de naturaleza experimental o investigativa, y las disputas de pago de servicios médicos de emergencia o de urgencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con impedimentos auditivos y del habla. En el sitio web del departamento **www.dmhc.ca.gov** encontrará formularios de queja, formularios de solicitud para una IMR e instrucciones en línea.
El departamento podrá exigir a los afiliados y suscriptores que participen en un proceso de queja formal del plan durante un máximo de 30 días antes de presentar una queja formal a través del departamento. Sin embargo, el departamento no podrá imponer este periodo de espera en los casos de revisión acelerada que impliquen cancelaciones, rescisiones y no renovaciones, una amenaza inminente y grave para la salud del paciente, incluidos, entre otros, dolor intenso, la posible pérdida de la vida, de una extremidad o de una función corporal importante, o en cualquier otro caso en el que el departamento determine que está justificada una revisión más temprana.

Política lingüística y cultural del plan de salud en relación con las quejas formales
El sistema de quejas del Plan garantiza que todos los afiliados tengan acceso al sistema de quejas formales y puedan participar completamente en él, proporcionando asistencia a aquellas personas con conocimientos limitados de inglés o con impedimentos visuales u otros impedimentos comunicativos. Cuando lo solicite un afiliado o su representante, el Plan ayudará a los afiliados con conocimientos limitados de inglés a obtener la traducción o interpretación de los procedimientos de queja formal, los formularios y las respuestas a las quejas formales del Plan. El Plan ayudará a los afiliados con impedimentos visuales u otros impedimentos comunicativos a localizar sistemas de retransmisión telefónica y otros dispositivos y/o servicios que ayuden a las personas discapacitadas a comunicarse, para que el afiliado pueda participar en el sistema de quejas formales.

Los afiliados que presenten una queja formal contra el Plan no serán objeto de ningún tipo de discriminación o represalia.

XXII. DIVULGACIÓN Y CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

Todos los registros médicos y personales, junto con cualquier información personal o privilegiada, historias clínicas y expedientes del paciente, entre otros, serán confidenciales. Dicha información confidencial podrá ser revisada por DentaQuest según lo requiera su personal y el Comité de control de calidad.

Dicha información también puede ponerse a disposición del Departamento de Atención Médica Administrada, la Junta Dental y los representantes legales de DentaQuest u otros organismos según lo exija la ley.

El paciente deberá firmar un consentimiento por escrito para la divulgación de la información y los registros del paciente, junto con la tarifa correspondiente, según lo permita la ley, antes de que se divulgue cualquier registro. DentaQuest responderá a dicha solicitud en un plazo de 30 días a partir de la recepción de los formularios y tarifas correspondientes.

Los suscriptores y afiliados de DentaQuest pueden solicitar comunicaciones confidenciales por correo directo o mediante comunicación electrónica. Envíe las solicitudes por correo a:
DentaQuest
2151 Michelson Dr. Suite 165
Irvine, CA 92612
O llame al:
(949) 830-1600: Línea gratuita (877) 425-4164
membership@caldental.net

DentaQuest procesará las solicitudes de comunicaciones confidenciales en un plazo de 7 días calendario a partir de la recepción de una solicitud electrónica o telefónica, o en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción por correo de primera clase.

DentaQuest no exigirá a una persona protegida obtener la autorización del suscriptor principal o de otros afiliados para recibir servicios sensibles o para presentar una reclamación por servicios sensibles si la persona protegida tiene derecho a dar su consentimiento para la atención.

DentaQuest no divulga la información médica relacionada con los servicios de atención de salud sensibles proporcionados a una persona protegida al suscriptor principal o a cualquier otra persona afiliada al plan que no sea la persona protegida que recibe la atención, excepto con autorización expresa de la persona protegida.

DentaQuest permite y atiende las solicitudes de comunicaciones confidenciales en la forma y formato solicitados por la persona protegida, si son fácilmente producibles en la forma y formato solicitados, o en lugares alternativos.

La solicitud confidencial será válida hasta que el suscriptor o el afiliado presente una revocación de la solicitud o se presente una nueva solicitud de comunicación confidencial. La solicitud de comunicación confidencial se aplicará a todas las comunicaciones que revelen información médica o el nombre y la dirección del proveedor

en relación con la recepción de servicios médicos por parte de la persona que solicita la comunicación confidencial.

La política de confidencialidad de DentaQuest está a disposición de todos los afiliados del plan que la soliciten.

Un afiliado del plan puede solicitar que se añada un apéndice de 250 palabras o menos a sus historias clínicas, en cumplimiento de la ley estatal. Esta solicitud debe hacerse directamente al dentista participante que tiene la custodia de los registros. En caso de que el dentista participante deniegue al afiliado la solicitud de añadir un apéndice, el afiliado deberá ponerse en contacto con DentaQuest para solicitar asistencia.

UNA DECLARACIÓN QUE DESCRIBE LAS POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE DENTAQUEST PARA PRESERVAR LA CONFIDENCIALIDAD DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS ESTÁ DISPONIBLE Y SE LE PROPORCIONARÁ SI LO SOLICITA.

XXIII. INFORMACIÓN ADICIONAL

Si el dentista participante no cumple con los términos y condiciones de esta Evidencia de cobertura y formulario de divulgación, el afiliado debe informar a DentaQuest del incumplimiento del Contrato por parte del dentista participante.

DentaQuest tiene un Comité de políticas públicas que revisa y aprueba todas las acciones del Comité de control de calidad. Este Comité informa a la Junta directiva. El Comité de políticas públicas está compuesto al menos en un 51% por afiliados y dentistas participantes de la atención médica. Los afiliados que deseen participar en este comité deben presentar su solicitud al presidente de DentaQuest.

XXIV. DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

La donación de órganos y tejidos brinda muchos beneficios a la sociedad. La donación de órganos y tejidos permite a los receptores de trasplantes llevar vidas más plenas y significativas. Hoy en día, la necesidad de trasplantes de órganos supera con creces la disponibilidad. Si está interesado en la donación de órganos, hable con su médico. La donación de órganos comienza en el hospital cuando se declara la muerte cerebral de un paciente y se le identifica como posible donante de órganos. Una organización de obtención de órganos se involucrará para coordinar las actividades.

XXV. DISPOSICIONES GENERALES

DentaQuest está sujeta a los requisitos de la Ley y del Título 28, División 1 del Capítulo 1 del Código de Reglamentos de California, y todas las disposiciones que deban estar en el presente Contrato en virtud de cualquiera de las disposiciones anteriores serán vinculantes para DentaQuest, estén o no previstas en el presente Contrato. En caso de que la Ley o sus reglamentos establezcan algún requisito que no esté incluido en el presente contrato o que sea contrario al mismo, prevalecerá sobre las disposiciones aplicables del presente contrato y será vinculante para las partes.

Nada de lo aquí contenido impedirá a DentaQuest cambiar la ubicación de cualquiera de sus consultorios dentales, siempre y cuando conserve una red de dentistas participantes suficiente para proporcionar servicios dentales a los afiliados.

En caso de que alguno de los dentistas participantes de DentaQuest dé por terminada su relación con DentaQuest, incumpla su Contrato de suscripción con DentaQuest o no pueda proporcionar servicios dentales en virtud del presente contrato, y el suscriptor y/o sus suscriptores se vieran afectados de forma adversa o material, DentaQuest lo notificará por escrito al suscriptor.

Tras la rescisión de un Contrato con un dentista participante, DentaQuest será responsable de los servicios cubiertos proporcionados por dicho dentista participante (con excepción de los copagos como se define en el Título 28 del Código de Reglamentos de California, sección 1300.45(g) en el párrafo 4) a los afiliados que conserven la elegibilidad en virtud del presente Contrato o por efecto de la ley bajo la atención de dicho dentista participante en el momento de dicha rescisión hasta que se completen los servicios proporcionados a los afiliados por dicho dentista participante, a menos que DentaQuest tome las medidas razonables y adecuadas desde el punto de vista médico para que otro dentista participante se haga cargo de dichos servicios.

Si alguna de las disposiciones del presente Contrato se considera ilegal o inválida por cualquier motivo, dicha decisión no afectará la validez de las restantes disposiciones del presente Contrato, y dichas disposiciones restantes continuarán en pleno vigor y efecto a menos que la ilegalidad o invalidez impidan el cumplimiento de los objetivos y propósitos del presente Contrato.

El presente Contrato no podrá ser cedido por ninguna de las partes sin el consentimiento previo por escrito de la otra parte. DentaQuest podrá, a su entera discreción, delegar funciones administrativas a otras entidades.

Este Contrato constituye el Contrato completo de las partes. El presente Contrato solo podrá ser modificado por escrito y firmado por las partes.

De acuerdo con la Sección 1365(b) de la Ley, cualquier suscriptor que alegue que su inscripción ha sido cancelada o no renovada debido a su estado de salud o requerimiento de servicios puede solicitar una revisión por parte del Departamento de Atención Médica Administrada de California. La reincorporación conforme a esta subdivisión será retroactiva al momento de la cancelación o no renovación y el Plan será responsable de los gastos incurridos por el suscriptor o afiliado por los servicios de atención médica cubiertos desde la fecha de cancelación o no renovación hasta la fecha de reincorporación inclusive.

Queda expresamente entendido que la relación entre los afiliados y los dentistas participantes estará sujeta a las normas, limitaciones y privilegios propios de la relación médico-paciente. DentaQuest será el único responsable ante el afiliado de organizar el asesoramiento y el tratamiento dental, incluido el derecho a oponerse a tratar a cualquier afiliado que incumpla continuamente un tratamiento prescrito, que use la relación con fines ilegales o que intente hacer onerosa la relación médico-paciente.

XXVI. AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

DentaQuest cumple las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discrimina debido a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. DentaQuest no excluye a ninguna persona ni da trato distinto debido a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.
DentaQuest:

- Proporciona ayuda y servicios gratis a personas con discapacidades para que puedan comunicarse con nosotros efectivamente, por ejemplo:
    - Intérpretes de lenguaje de señas calificados.

    - Información por escrito en otros formatos (letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles).
- Proporciona servicios gratuitos de idiomas a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como los siguientes:
    - Intérpretes calificados.
    - Información por escrito en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Departamento de servicio al cliente al 1-855-425-4164.
Si cree que DentaQuest no le ha proporcionado estos servicios o le ha discriminado de alguna otra manera debido a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante:

Ugonna Onyekwu
Civil Rights Coordinator
Compliance Department
465 Medford Street Boston, MA 02159
Fax: 617-886-1390
Teléfono: 617-886-1683
Correo electrónico: FairTreatment@greatdentalplans.com TTY: 711
Puede presentar una queja formal en persona, por correo, por fax o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, Ugonna Onyekwu puede ayudarle.
También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Los formularios de quejas están disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html. Puede presentar una queja por medio electrónico en el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo o por teléfono a:

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

XXVII. REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE

Los afiliados tienen a su disposición una revisión externa e independiente para revisar las denegaciones de terapias experimentales cuando dichas terapias puedan estar indicadas para el tratamiento de una afección potencialmente mortal o una enfermedad gravemente debilitante, o para denegaciones basadas en que el servicio no es necesario por razones médicas, poniéndose en contacto con el Departamento de servicios para afiliados en un plazo de cinco días hábiles a partir de la denegación. La solicitud de revisión médica independiente será revisada por el director dental o, si es necesario, remitida al Comité de control de calidad. Los plazos para examinar las solicitudes de revisión médica independiente serán los mismos que para el procesamiento de quejas formales. Los afiliados tienen derecho a presentar información en apoyo de la solicitud de revisión médica independiente.

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si tiene una queja formal contra su plan de salud, debe comunicarse primero por teléfono con su plan de salud al (**1-855-425-4164**) y usar el proceso de quejas formales del plan de salud antes de ponerse en contacto con el departamento. El uso de este procedimiento de queja formal no excluye los posibles derechos o recursos legales que estén disponibles para usted.

Si necesita ayuda con una queja formal relacionada con una emergencia, una queja formal que no haya sido resuelta satisfactoriamente por su plan de salud o una queja formal que lleve más de 30 días sin resolverse,

puede llamar al departamento para solicitar asistencia. También puede reunir los requisitos para una Revisión médica independiente (*IMR, Independent Medical Review*). Si reúne los requisitos para una IMR, el proceso de la IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones sobre la cobertura para tratamientos que son de naturaleza experimental o investigativa, y las disputas de pago de servicios médicos de emergencia o de urgencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con impedimentos auditivos y del habla. En el sitio web del departamento **http://www.dmhc.ca.gov** encontrará formularios de queja, formularios de solicitud para una IMR e instrucciones en línea.

XXVIII. TELEODONTOLOGÍA

Este plan incluye la cobertura de los servicios dentales proporcionados adecuadamente a través de servicios de teleodontología. En general, la teleodontología puede servir para realizar diagnósticos básicos, clasificar emergencias y responder a preguntas sobre el cuidado bucodental. Durante una consulta virtual, su dentista puede determinar que es necesario que usted reciba ahora atención de emergencia o decidir que puede esperar hasta después de que se reanuden las citas regulares en el consultorio. Los servicios están cubiertos sobre la misma base y en la misma medida en que está cubierto el mismo servicio mediante diagnóstico, consulta o tratamiento en persona. La cobertura no se limita únicamente a los servicios proporcionados por proveedores de telesalud corporativos seleccionados de terceros.

XXIX. DISPOSICIÓN PARA LA ATENCIÓN FUERA DE LA RED

Se aprobará la remisión a un proveedor fuera de la red si no hay proveedores accesibles dentro de la red que ejerzan dentro de una distancia razonable del domicilio del afiliado. Los afiliados que residan en códigos postales en los que no haya proveedores de la red disponibles podrán solicitar atención médica cubierta, con el costo compartido de la red, a un proveedor que no forme parte de la red. Póngase en contacto con DentaQuest para obtener más información y ayuda para programar la asistencia llamando al (949) 830-1600, línea gratuita 1-855-425-4164.

DentaQuest
Benefits provided by California Dental Network

Esquema de copagos para afiliados de 2027
DentaQuest Family Dental HMO

Family Dental HMO	Hijos (hasta los 19 años de edad)	Adultos (a partir de los 19 años)
Deducibles	Ninguno	Ninguno
Máximos de desembolso personal	Hijo individual: $350	No aplica
	Dos o más hijos en una familia: $700	No aplica
Copago de consulta	$0	$0
Periodo de espera	Ninguno	Ninguno
Límite de beneficio anual	Ninguno	Ninguno

		Copago del afiliado	
Código	**Descripción**	**Hijo (hasta los 19 años de edad)**	**Adulto (a partir de los 19 años)**
Diagnóstico			
D0120	Evaluación bucodental periódica	Sin cargo	Sin cargo
D0140	Evaluación bucodental limitada	Sin cargo	Sin cargo
D0145	Evaluación bucal para un paciente menor de tres años y asesoría con el cuidador primario	Sin cargo	Sin cobertura
D0150	Evaluación bucodental completa	Sin cargo	Sin cargo
D0160	Evaluación bucodental amplia y detallada: centrada en problemas, según informe	Sin cargo	Sin cargo
D0170	Reevaluación, limitada, enfocada a un problema (sin visita posoperatoria)	Sin cargo	Sin cargo
D0171	Reevaluación, consulta posoperatoria	Sin cargo	Sin cargo
D0180	Evaluación periodontal completa	Sin cargo	Sin cargo
D0190	Pruebas de detección de un paciente	Sin cobertura	Sin cargo
D0191	Valoración de un paciente	Sin cobertura	Sin cargo
D0210	Intrabucal: serie completa de radiografías	Sin cargo	Sin cargo
D0220	Intrabucal: primera placa periapical	Sin cargo	Sin cargo
D0230	Intrabucal: cada radiografía periapical adicional	Sin cargo	Sin cargo
D0240	Intrabucal: radiografía oclusal	Sin cargo	Sin cargo
D0250	Extrabucal: radiografía con proyección 2D creada con una fuente de radiación estacionaria y un detector	Sin cargo	Sin cargo
D0251	Extrabucal: radiografía dental posterior	Sin cargo	Sin cobertura
D0270	Radiografía de aleta de mordida: una placa	Sin cargo	Sin cargo
D0272	Radiografías de aleta de mordida: dos placas	Sin cargo	Sin cargo
D0273	Radiografías de aleta de mordida, tres placas	Sin cargo	Sin cargo
D0274	Radiografías de aleta de mordida: cuatro placas	Sin cargo	Sin cargo
D0277	Radiografías verticales de aleta de mordida, 7 a 8 placas	Sin cargo	Sin cargo
D0310	Sialograma	Sin cargo	Sin cargo
D0320	Artografía de la articulación temporomandibular, con inyección	Sin cargo	Sin cargo
D0322	Tomografía	Sin cargo	Sin cargo
D0330	Radiografía panorámica	Sin cargo	Sin cargo
D0340	Radiografía cefalométrica en 2D: adquisición, medición y análisis	Sin cargo	Sin cargo
D0350	Fotografía bucal/facial 2D obtenida intra o extrabucalmente	Sin cargo	Sin cargo
D0396	Impresión en 3D de la exploración de una superficie dental en 3D	Sin cargo	Sin cargo
D0419	Valoración del flujo salival mediante medición	Sin cobertura	Sin cargo

Los beneficios dentales son proporcionados por California Dental Network. California Dental Network opera bajo el nombre de DentaQuest. En este Esquema de beneficios, California Dental Network se denomina DentaQuest.

Esquema de copagos para afiliados de 2027
DentaQuest Family Dental HMO

D0431	Examen prediagnóstico complementario para ayudar a detectar anormalidades de la mucosa, incluidas lesiones premalignas y malignas, sin incluir procedimientos para obtener biopsias ni citología	Sin cobertura	Sin cargo
D0460	Pruebas de vitalidad pulpar	Sin cargo	Sin cargo
D0470	Los moldes para diagnóstico solo pueden proporcionarse si existe alguna de las afecciones indicadas anteriormente	Sin cargo	Sin cargo
D0502	Otros procedimientos relacionados con afecciones bucales, según informe	Sin cargo	Sin cargo
D0601	Valoración y documentación del riesgo de caries, con un hallazgo de riesgo bajo	Sin cargo	Sin cargo
D0602	Valoración y documentación del riesgo de caries, con un hallazgo de riesgo moderado	Sin cargo	Sin cargo
D0603	Valoración y documentación del riesgo de caries, con un hallazgo de riesgo alto	Sin cargo	Sin cargo
D0701	Radiografía panorámica: solo la captura de la imagen	Sin cargo	Sin cargo
D0702	Radiografía 2-D cefalométrica: solo la captura de la imagen	Sin cargo	Sin cargo
D0703	Fotografía bucal/facial 2-D obtenida intra o extrabucalmente: solo la captura de la imagen	Sin cargo	Sin cargo
D0705	Radiografía dental posterior extrabucal: solo la captura de la imagen	Sin cargo	Sin cobertura
D0706	Radiografía oclusal intrabucal: solo la captura de la imagen	Sin cargo	Sin cargo
D0707	Radiografía periapical intrabucal: solo la captura de la imagen	Sin cargo	Sin cargo
D0708	Radiografía de aleta de mordida intrabucal: solo la captura de la imagen	Sin cargo	Sin cargo
D0709	Intrabucal, serie completa de radiografías: solo la captura de la imagen	Sin cargo	Sin cargo
D0801	Exploración 3D de superficie intrabucal: directa	Sin cargo	Sin cargo
D0802	Exploración 3D de superficie dental: indirecta	Sin cargo	Sin cargo
D0803	Exploración 3D de superficie facial: directa	Sin cargo	Sin cargo
D0804	Exploración 3D de superficie facial: indirecta	Sin cargo	Sin cargo
D0999	Procedimiento diagnóstico no especificado, según informe	Sin cargo	Sin cargo
Prevención			
D1110	profilaxis: adulto	Sin cargo	Sin cargo
D1120	Profilaxis: menor de edad	Sin cargo	Sin cobertura
D1206	Barniz tópico de fluoruro	Sin cargo	Sin cargo
D1208	Aplicación tópica de fluoruro	Sin cargo	Sin cargo
D1310	Asesoramiento nutricional para controlar enfermedades dentales	Sin cargo	Sin cargo
D1320	Asesoramiento sobre el uso de tabaco para control y prevención de enfermedades bucales	Sin cargo	Sin cargo
D1321	Asesoramiento sobre el control y la prevención de efectos adversos en la salud bucodental, la salud del comportamiento y la salud sistémica asociados con el uso de sustancias de alto riesgo	Sin cargo	Sin cargo
D1330	Instrucciones para higiene oral	Sin cargo	Sin cargo
D1351	Sellador, por pieza dental	Sin cargo	Sin cargo
D1353	Reparación de sellador, por pieza dental	Sin cargo	Sin cargo
D1354	Aplicación provisional de medicamento para detener la caries, por pieza dental	Sin cargo	Sin cargo
D1355	Aplicación de medicamento para prevenir la caries, por pieza dental	Sin cargo	Sin cargo
D1510	Protector de espacio: fijo, unilateral, por cuadrante	Sin cargo	Sin cargo
D1516	Protector de espacio: fijo, bilateral, maxilar	Sin cargo	Sin cargo
D1517	Protector de espacio: fijo, bilateral, mandibular	Sin cargo	Sin cargo
D1520	Protector de espacio: removible, unilateral, por cuadrante	Sin cargo	Sin cargo
D1526	Protector de espacio: removible, bilateral, maxilar	Sin cargo	Sin cargo
D1527	Protector de espacio: removible, bilateral, mandibular	Sin cargo	Sin cargo

Esquema de copagos para afiliados de 2027
DentaQuest Family Dental HMO

D1551	Recementación o readhesión del protector de espacio bilateral, maxilar	Sin cargo	Sin cargo
D1552	Recementación o readhesión del protector de espacio bilateral, mandibular	Sin cargo	Sin cargo
D1553	Recementación o readhesión del protector de espacio unilateral, por cuadrante	Sin cargo	Sin cargo
D1556	Retiro del protector de espacio, unilateral, por cuadrante	Sin cargo	Sin cargo
D1557	Retiro del protector de espacio fijo, maxilar	Sin cargo	Sin cargo
D1558	Retiro del protector de espacio fijo, mandibular	Sin cargo	Sin cargo
D1575	Protector de espacio de zapatilla distal: fijo, unilateral, por cuadrante	Sin cargo	Sin cargo
Restauración			
D2140	Amalgama: una superficie, pieza dental permanente o de leche	$25	$25
D2150	Amalgama: dos superficies, piezas dentales permanentes o de leche	$30	$30
D2160	Amalgama: tres superficies, piezas dentales permanentes o de leche	$40	$40
D2161	Amalgama: cuatro o más superficies, piezas dentales permanentes o de leche	$45	$45
D2330	Resina compuesta: una superficie, anterior	$30	$30
D2331	Resina compuesta: dos superficies, anterior	$45	$45
D2332	Resina compuesta: tres superficies, anterior	$55	$55
D2335	Resina compuesta: cuatro o más superficies (anterior)	$60	$60
D2390	Corona de resina compuesta, anterior	$50	$50
D2391	Resina compuesta: una superficie, posterior	$30	$30
D2392	Resina compuesta: dos superficies, posterior	$40	$40
D2393	Resina compuesta: tres superficies, posterior	$50	$50
D2394	Resina compuesta: cuatro o más superficies, posterior	$70	$70
D2542	Incrustación extracoronaria: de metal, dos superficies	Sin cobertura	$185
D2543	Incrustación extracoronaria: de metal, tres superficies	Sin cobertura	$200
D2544	Incrustación extracoronaria: de metal, cuatro o más superficies	Sin cobertura	$215
D2642	Incrustación extracoronaria de porcelana/cerámica, dos superficies	Sin cobertura	$250
D2643	Incrustación extracoronaria: porcelana/cerámica, tres superficies	Sin cobertura	$275
D2644	Incrustación extracoronaria: porcelana/cerámica, cuatro o más superficies	Sin cobertura	$300
D2662	Incrustación extracoronaria: resina compuesta, dos superficies	Sin cobertura	$160
D2663	Incrustación extracoronaria: resina compuesta, tres superficies	Sin cobertura	$180
D2664	Incrustación extracoronaria: resina compuesta, cuatro o más superficies	Sin cobertura	$200
D2710	Corona de resina compuesta, en laboratorio	$140	$140
D2712	Corona de 3/4 de resina compuesta (indirecta)	$190	$200
D2720	Corona de resina con metal de alta nobleza	Sin cobertura	$300
D2721	Corona de resina con metal predominantemente base	$300	$300
D2722	Corona de resina con metal noble	Sin cobertura	$300
D2740	Corona de porcelana/cerámica	$300	$300
D2750	Corona de porcelana fundida sobre metal de alta nobleza	Sin cobertura	$300
D2751	Corona de porcelana fundida sobre metal predominantemente base	$300	$300
D2752	Corona de porcelana fundida sobre metal noble	Sin cobertura	$300
D2753	Corona de porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio	Sin cobertura	$300
D2780	Corona de 3/4 fundida en metal de alta nobleza	Sin cobertura	$300
D2781	Corona de 3/4 fundida en metal predominantemente base	$300	$300
D2782	Corona de 3/4 fundida en metal noble	Sin cobertura	$300
D2783	Corona de 3/4 de porcelana/cerámica	$310	$310
D2790	Corona completa fundida en metal de alta nobleza	Sin cobertura	$300
D2791	Corona completa fundida en metal predominantemente base	$300	$300
D2792	Corona completa fundida en metal noble	Sin cobertura	$300

Esquema de copagos para afiliados de 2027
DentaQuest Family Dental HMO

D2794	Corona de titanio y aleaciones de titanio	Sin cobertura	$300
D2910	Recementación de incrustación intracoronaria o extracoronaria, o restauración de cobertura parcial	$25	$25
D2915	Recementación de poste y muñón fundidos o prefabricados	$25	$25
D2920	Recementación o readhesión de la corona	$25	$15
D2921	Reimplantación de fragmento de pieza dental, borde incisal o cúspide	$45	$45
D2928	Corona prefabricada de porcelana/cerámica, pieza dental permanente	$120	Sin cobertura
D2929	Corona prefabricada de porcelana/cerámica, diente de leche	$95	Sin cobertura
D2930	Corona de acero inoxidable prefabricada, diente de leche	$65	Sin cobertura
D2931	Corona de acero inoxidable prefabricada, pieza dental permanente	$75	$75
D2932	Corona prefabricada de resina	$75	Sin cobertura
D2933	Corona prefabricada de acero inoxidable con ventana de resina	$80	Sin cobertura
D2940	Colocación de restauración directa provisional	$25	$20
D2949	Cimiento restaurador para una restauración indirecta	$45	Sin cobertura
D2950	Reconstrucción del muñón, incluidos los pernos	$20	$20
D2951	Retención de pernos: por pieza dental, además de la restauración	$25	$20
D2952	Poste y muñón además de la corona, fabricado indirectamente	$100	$60
D2953	Cada poste indirectamente prefabricado adicional, misma pieza dental	$30	$30
D2954	Poste y muñón prefabricados, además de la corona	$90	$60
D2955	Remoción del poste	$60	Sin cobertura
D2957	Cada poste prefabricado adicional, misma pieza dental	$35	$35
D2971	Procedimientos adicionales para adaptar una corona de manera que encaje debajo de la estructura de una prótesis parcial ya existente	$35	Sin cobertura
D2976	Estabilización de banda, por pieza dental	$40	$40
D2980	Reparación de corona, según informe	$50	$50
D2989	Excavación de una pieza dental que ha llevado a determinar que no se puede restaurar	$50	$50
D2991	Aplicación de un medicamento regenerador a base de hidroxiapatita, por pieza dental	Sin cargo	Sin cargo
D2999	Procedimiento restaurativo no especificado, según informe	$40	$40
Endodoncia			
D3110	Recubrimiento pulpar: directo (sin restauración final)	$20	$20
D3120	Recubrimiento pulpar (indirecto), sin restauración final	$25	$25
D3220	Pulpotomía terapéutica (sin restauración final)	$40	$35
D3221	Desbridamiento pulpar, piezas dentales permanentes o de leche	$40	$50
D3222	Pulpotomía parcial para apicogénesis: pieza dental permanente con desarrollo incompleto de la raíz	$60	$60
D3230	Terapia pulpar (empaste reabsorbible): anterior, diente de leche (sin restauración final)	$55	Sin cobertura
D3240	Terapia pulpar (empaste reabsorbible): posterior, diente de leche (sin restauración final)	$55	Sin cobertura
D3310	Tratamiento de conducto: pieza dental anterior (sin restauración final)	$195	$200
D3320	Tratamiento de conducto: premolar (sin restauración final)	$235	$235
D3330	Tratamiento de conducto, molar (sin restauración final)	$300	$300
D3331	Tratamiento para obstrucción del conducto radicular, sin acceso quirúrgico	$50	$50
D3332	Endodoncia incompleta; pieza dental rota, inoperable o irrecuperable	Sin cobertura	$85
D3333	Reparación interna de defectos de perforaciones radiculares	$80	$80
D3346	Repetición de tratamiento de conducto previo: anterior	$240	$245
D3347	Repetición de tratamiento de conducto previo, premolar	$295	$295

Esquema de copagos para afiliados de 2027
DentaQuest Family Dental HMO

D3348	Repetición de tratamiento de conducto previo: molar	$350	$350
D3351	Apicoformación/recalcificación, visita inicial	$85	$85
D3352	Apicoformación/recalcificación, provisional	$45	$50
D3410	Apicectomía/cirugía perirradicular, anterior	$240	$240
D3421	Apicectomía/cirugía perirradicular, premolar (primera raíz)	$250	$250
D3425	Apicectomía/cirugía perirradicular: molar (primera raíz)	$275	$275
D3426	Apicectomía/cirugía perirradicular, molar, cada raíz adicional	$110	$110
D3428	Injerto óseo junto con cirugía perirradicular, por pieza dental, una sola zona	$350	Sin cobertura
D3429	Injerto óseo junto con cirugía perirradicular, cada pieza dental adyacente adicional en la misma zona quirúrgica	$350	Sin cobertura
D3430	Empaste retrógrado: por raíz	$90	$90
D3431	Materiales biológicos para facilitar la regeneración de los tejidos blandos y óseos, con cirugía perirradicular	$80	$80
D3432	Regeneración tisular guiada, barrera reabsorbible, por zona, con cirugía perirradicular	Sin cobertura	$145
D3450	Amputación radicular: por raíz	Sin cobertura	$110
D3471	Reparación quirúrgica de reabsorción radicular, anterior	$160	$160
D3472	Reparación quirúrgica de reabsorción radicular, premolar	$160	$160
D3473	Reparación quirúrgica de reabsorción radicular, molar	$160	$160
D3910	Procedimiento quirúrgico para el aislamiento de una pieza dental con barrera dental	$30	$50
D3920	Hemisección (incluida cualquier remoción radicular), sin tratamiento de conducto	Sin cobertura	$120
D3950	Preparación del canal y adaptación de soporte o poste preformado	Sin cobertura	$60
D3999	Endodoncia no especificada, según informe	$100	$100
Periodoncia			
D4210	Gingivectomía o gingivoplastia: cuatro o más piezas dentales adyacentes o espacios interdentales por cuadrante	$150	$150
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia: una a tres piezas dentales adyacentes o espacios interdentales por cuadrante	$50	$50
D4240	Intervención con colgajo gingival, con alisado radicular, cuatro o más piezas dentales por cuadrante	Sin cobertura	$135
D4241	Intervención con colgajo gingival, con alisado radicular, una a tres piezas dentales por cuadrante	Sin cobertura	$70
D4249	Alargamiento clínico de corona, tejido duro	$165	$200
D4260	Cirugía ósea, mucogingival, por cuadrante	$265	$265
D4261	Cirugía ósea (incluido el ingreso del colgajo y cierre): una a tres piezas dentales adyacentes o espacios interdentales, por cuadrante	$140	$140
D4263	Injerto óseo de reemplazo, primera zona del cuadrante	Sin cobertura	$105
D4264	Injerto óseo de reemplazo, cada zona adicional del cuadrante	Sin cobertura	$75
D4265	Materiales biológicos para facilitar la regeneración de los tejidos blandos y óseos, por zona	$80	$80
D4266	Regeneración tisular guiada, piezas dentales naturales, barrera reabsorbible, por zona	Sin cobertura	$145
D4267	Regeneración tisular guiada, piezas dentales naturales: barrera no reabsorbible, por zona	Sin cobertura	$175
D4270	Intervención con injerto de tejido blando pediculado	Sin cobertura	$155

Esquema de copagos para afiliados de 2027
DentaQuest Family Dental HMO

D4273	Intervención con injerto de tejido conectivo autógeno (incluye el donante y la zona quirúrgica del receptor), primera pieza dental, implante o posición desdentada en el injerto	Sin cobertura	$220
D4275	Intervención con injerto de tejido conectivo no autógeno (incluye la zona del receptor y el material del donante), primera pieza dental, implante o posición desdentada en la misma zona del injerto	Sin cobertura	$190
D4283	Intervención con injerto de tejido conectivo autógeno (incluye las zonas quirúrgicas del receptor y del donante), cada pieza dental adyacente adicional, implante o posición desdentada en la misma zona del injerto	Sin cobertura	$185
D4285	Intervención con injerto de tejido conectivo no autógeno (incluye la zona quirúrgica del receptor y el material del donante), cada pieza dental adyacente adicional, implante o posición desdentada en la misma zona del injerto	Sin cobertura	$175
D4286	Extracción de una barrera no reabsorbible	Sin cobertura	$175
D4341	Alisado periodontal y raspado radicular, cuatro o más piezas dentales por cuadrante	$55	$55
D4342	Alisado periodontal y raspado radicular: una a tres piezas dentales por cuadrante	$30	$25
D4346	Raspado en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave: boca completa, después de evaluación bucodental	$40	$40
D4355	Desbridamiento bucal completo para permitir una evaluación periodoncia completa y diagnóstico en la visita siguiente	$40	$40
D4381	Distribución localizada de agentes antimicrobianos a través de un vehículo de liberación controlada dentro del tejido crevicular enfermo, por pieza dental	$10	$10
D4910	Mantenimiento periodontal	$30	$30
D4920	Cambio no programado de apósito (realizado por alguien distinto al dentista tratante)	$15	Sin cobertura
D4999	Procedimiento periodontal no especificado, según informe	$350	$350
Prostodoncia, removible			
D5110	prótesis completa, maxilar	$300	$400
D5120	prótesis completa, mandibular	$300	$400
D5130	prótesis inmediata, maxilar	$300	$400
D5140	prótesis inmediata, mandibular	$300	$400
D5211	Prótesis parcial maxilar con base de resina (incluidos materiales de retención/sujeción, apoyos y piezas dentales)	$300	$325
D5212	Prótesis parcial mandibular con base de resina (incluidos materiales de retención/sujeción, apoyos y piezas dentales)	$300	$325
D5213	Prótesis parcial maxilar: estructura de metal fundido con bases de resina para prótesis (incluidos materiales de retención/sujeción, ganchos convencionales, apoyos y piezas dentales)	$335	$375
D5214	Prótesis parcial mandibular: estructura de metal fundido con bases de resina (incluidos materiales de retención/sujeción, ganchos convencionales, apoyos y piezas dentales)	$335	$375
D5221	Prótesis parcial maxilar inmediata con base de resina (incluidos materiales de retención/sujeción, apoyos y piezas dentales)	$275	$300
D5222	Prótesis parcial mandibular inmediata: con base de resina (incluidos materiales de retención/sujeción apoyos y piezas dentales)	$275	$300
D5223	Prótesis parcial maxilar inmediata: estructura de metal fundido con prótesis de resina (incluidos ganchos convencionales, apoyos y piezas dentales)	$330	$370
D5224	Prótesis parcial mandibular inmediata: estructura de metal moldeado con prótesis de resina (incluye ganchos, soportes y piezas dentales convencionales)	$330	$370
D5225	Prótesis parcial maxilar con base flexible (incluidos ganchos, apoyos y piezas dentales)	Sin cobertura	$375

Esquema de copagos para afiliados de 2027
DentaQuest Family Dental HMO

D5226	Prótesis parcial mandibular con base flexible (incluidos ganchos, apoyos y piezas dentales)	Sin cobertura	$375
D5227	Prótesis parcial maxilar inmediata con base flexible (incluidos ganchos, apoyos y piezas dentales)	Sin cobertura	$375
D5228	Prótesis parcial mandibular inmediata con base flexible (incluidos ganchos, apoyos y piezas dentales)	Sin cobertura	$375
D5282	Prótesis parcial unilateral removible: metal fundido en una pieza (incluye ganchos y piezas dentales), maxilar	Sin cobertura	$250
D5283	Prótesis parcial unilateral removible: metal fundido de una pieza (incluye ganchos y piezas dentales), mandibular	Sin cobertura	$250
D5284	Prótesis parcial unilateral removible: base flexible en una pieza (incluye ganchos y piezas dentales), por cuadrante	Sin cobertura	$250
D5286	Prótesis parcial unilateral removible: resina en una pieza (incluye ganchos y piezas dentales), por cuadrante	Sin cobertura	$250
D5410	Ajuste de prótesis completa, maxilar	$20	$20
D5411	Ajuste de prótesis completa, mandibular	$20	$20
D5421	Ajuste de prótesis parcial, maxilar	$20	$20
D5422	Ajuste de prótesis parcial, mandibular	$20	$20
D5511	Reparación de base de prótesis completa, mandibular	$40	$30
D5512	Reparación de base de prótesis completa, maxilar	$40	$30
D5520	Reemplazo de piezas dentales faltantes o rotas: prótesis completa, por pieza dental	$40	$30
D5611	Reparación de base de prótesis de resina, mandibular	$40	$30
D5612	Reparación de base de prótesis de resina, maxilar	$40	$30
D5621	Reparación de estructura fundida, mandibular	$40	$35
D5622	Reparación de estructura fundida, maxilar	$40	$35
D5630	Reparación o reemplazo de gancho roto	$50	$30
D5640	Reemplazo de piezas dentales faltantes o rotas: prótesis parcial, por pieza dental	$35	$30
D5650	Agregar pieza dental a prótesis parcial existente, por pieza dental	$35	$35
D5660	Agregar gancho a prótesis parcial existente	$60	$45
D5670	Reemplazo de todas las piezas dentales y acrílico: estructura fundida, maxilar	Sin cobertura	$195
D5671	Reemplazo de todas las piezas dentales y acrílico: estructura fundida, mandibular	Sin cobertura	$195
D5710	Rebasado de prótesis completa maxilar	Sin cobertura	$155
D5711	Rebasado de prótesis completa mandibular	Sin cobertura	$155
D5720	Rebasado de prótesis parcial maxilar	Sin cobertura	$150
D5721	Rebasado de prótesis parcial mandibular	Sin cobertura	$150
D5730	Revestimiento de prótesis completa maxilar (en consultorio)	$60	$80
D5731	Revestimiento de prótesis completa mandibular (en consultorio)	$60	$80
D5740	Revestimiento de prótesis parcial maxilar (en consultorio)	$60	$75
D5741	Revestimiento de prótesis parcial mandibular (en consultorio)	$60	$75
D5750	Revestimiento de prótesis completa maxilar (en laboratorio)	$90	$120
D5751	Revestimiento de prótesis completa mandibular (en laboratorio)	$90	$120
D5760	Revestimiento de prótesis parcial maxilar (en laboratorio)	$80	$110
D5761	Revestimiento de prótesis parcial mandibular (en laboratorio)	$80	$110
D5850	Acondicionamiento tisular, maxilar	$30	$35
D5851	Acondicionamiento tisular, mandibular	$30	$35
D5862	Aditamento de precisión, según informe	$90	$100
D5863	Sobredentadura: completa maxilar, apoyada en pieza dental natural	$300	$300

Esquema de copagos para afiliados de 2027
DentaQuest Family Dental HMO

D5864	Sobredentadura: parcial maxilar, apoyada en pieza dental natural	$300	$300
D5865	Sobredentadura: completa mandibular, apoyada en pieza dental natural	$300	$300
D5866	Sobredentadura: parcial mandibular, apoyada en pieza dental natural	$300	$300
D5876	Adición de subestructura de metal a prótesis completa de acrílico (por arco)	Sin cobertura	$30
D5899	Procedimiento de prótesis removible no especificado, según informe	$350	$400
Prótesis maxilofacial			
D5909	Prótesis de guía maxilar con aleta de guía	$350	Sin cobertura
D5911	Impresión facial seccional	$285	Sin cobertura
D5912	Impresión facial completa	$350	Sin cobertura
D5913	Prótesis nasal	$350	Sin cobertura
D5914	Prótesis auricular	$350	Sin cobertura
D5915	Prótesis orbitaria	$350	Sin cobertura
D5916	Prótesis ocular	$350	Sin cobertura
D5919	Prótesis facial	$350	Sin cobertura
D5922	Prótesis del tabique nasal	$350	Sin cobertura
D5923	Prótesis ocular, provisional	$350	Sin cobertura
D5924	Prótesis craneal	$350	Sin cobertura
D5925	Prótesis de implante de aumento facial	$200	Sin cobertura
D5926	Prótesis nasal, reemplazo	$200	Sin cobertura
D5927	Prótesis auricular, reemplazo	$200	Sin cobertura
D5928	Prótesis orbitaria, reemplazo	$200	Sin cobertura
D5929	Prótesis facial, reemplazo	$200	Sin cobertura
D5930	Prótesis de guía maxilar sin aleta de guía	$350	Sin cobertura
D5931	Prótesis obturadora, quirúrgica	$350	Sin cobertura
D5932	Prótesis obturadora, definitiva	$350	Sin cobertura
D5933	Prótesis obturadora, modificación	$150	Sin cobertura
D5934	Prótesis de guía mandibular con aleta de guía	$350	Sin cobertura
D5935	Prótesis de guía mandibular sin aleta de guía	$350	Sin cobertura
D5936	Prótesis obturadora, provisional	$350	Sin cobertura
D5937	Aparato para trismo (no para tratamiento de trastornos temporomandibulares)	$85	Sin cobertura
D5938	Prótesis de resección, maxilar completa removible	$350	Sin cobertura
D5939	Prótesis de resección, mandibular completa removible	$350	Sin cobertura
D5940	Prótesis de resección, maxilar parcial removible	$350	Sin cobertura
D5941	Prótesis de resección, mandibular parcial removible	$350	Sin cobertura
D5942	Prótesis de resección, maxilar removible apoyada en implante/pilar para arco desdentado	$350	Sin cobertura
D5943	Prótesis de resección, mandibular removible apoyada en implante/pilar para arco desdentado	$350	Sin cobertura
D5944	Prótesis de resección, maxilar removible apoyada en implante/pilar para arco parcialmente desdentado	$350	Sin cobertura
D5945	Prótesis de resección, mandibular removible apoyada en implante/pilar para arco parcialmente desdentado	$350	Sin cobertura
D5946	Prótesis de resección, maxilar fija apoyada en implante/pilar para arco desdentado	$350	Sin cobertura
D5947	Prótesis de resección, mandibular fija apoyada en implante/pilar para arco desdentado	$350	Sin cobertura
D5948	Prótesis de resección, maxilar fija apoyada en implante/pilar para arco parcialmente desdentado	$350	Sin cobertura

Esquema de copagos para afiliados de 2027
DentaQuest Family Dental HMO

D5949	Prótesis de resección, mandibular fija apoyada en implante/pilar para arco parcialmente desdentado	$350	Sin cobertura
D5951	Aditamento de alimentación	$135	Sin cobertura
D5952	Prótesis de ayuda para el habla, pediátrica	$350	Sin cobertura
D5953	Prótesis de ayuda para el habla, adulto	$350	Sin cobertura
D5954	Prótesis de elevación palatina	$135	Sin cobertura
D5955	Prótesis de elevación palatina, definitiva	$350	Sin cobertura
D5958	Prótesis de elevación palatina, provisional	$350	Sin cobertura
D5959	Prótesis de elevación palatina, modificación	$145	Sin cobertura
D5960	Prótesis de ayuda para el habla, modificación	$145	Sin cobertura
D5982	Férula quirúrgica para cicatrización de tejido blando	$70	Sin cobertura
D5983	Portador de radiación	$55	Sin cobertura
D5984	Protector contra la radiación	$85	Sin cobertura
D5985	Localizador del cono de radiación	$135	Sin cobertura
D5986	Portador de gel de fluoruro	$35	Sin cobertura
D5987	Férula para comisura labial	$85	Sin cobertura
D5988	Férula quirúrgica	$95	Sin cobertura
D5991	Portador de medicamento tópico	$70	Sin cobertura
D5999	Prótesis maxilofacial no especificada, según informe	$350	Sin cobertura
Servicios de implante			
D6010	Colocación quirúrgica del cuerpo del implante: implante endóstico	$350	Sin cobertura
D6011	Acceso quirúrgico a cuerpo del implante (segunda etapa de la cirugía de implante)	$350	Sin cobertura
D6012	Colocación quirúrgica del cuerpo del implante provisional para prótesis transitoria, implante endóstico	$350	Sin cobertura
D6013	Colocación quirúrgica de minimplante	$350	Sin cobertura
D6040	Colocación quirúrgica, implante subperióstico	$350	Sin cobertura
D6049	Raspado y desbridamiento de un implante en presencia de inflamación por perimplantitis, sangrado al sondaje y mayor profundidad de bolsa, incluida la limpieza de las superficies del implante, sin acceso por colgajo ni cierre	$35	Sin cobertura
D6050	Colocación quirúrgica, implante transóseo	$350	Sin cobertura
D6055	Barra conectora, apoyada en implante o apoyada en pilar	$350	Sin cobertura
D6056	Pilar prefabricado, incluye modificación y colocación	$135	Sin cobertura
D6057	Pilar personalizado, incluye colocación	$180	Sin cobertura
D6058	Corona de porcelana/cerámica apoyada en pilar	$320	Sin cobertura
D6059	Corona de porcelana fundida sobre metal apoyada en pilar (metal de alta nobleza)	$315	Sin cobertura
D6060	Corona de porcelana fundida sobre metal apoyada en pilar (metal predominantemente base)	$295	Sin cobertura
D6061	Corona de porcelana fundida sobre metal apoyada en pilar (metal noble)	$300	Sin cobertura
D6062	Corona de metal fundido apoyada en pilar (metal de alta nobleza)	$315	Sin cobertura
D6063	Corona de metal fundido apoyada en pilar (metal predominantemente base)	$300	Sin cobertura
D6064	Corona de metal fundido apoyada en pilar (metal noble)	$315	Sin cobertura
D6065	Corona de porcelana/cerámica apoyada en implante	$340	Sin cobertura
D6066	Corona de porcelana fundida sobre aleaciones de metal apoyada en implante (metal de alta nobleza)	$335	Sin cobertura
D6067	Corona apoyada en implante (aleaciones de metal de alta nobleza)	$340	Sin cobertura
D6068	Retenedor apoyado en pilar para prótesis parcial fija de porcelana/cerámica	$320	Sin cobertura

Esquema de copagos para afiliados de 2027
DentaQuest Family Dental HMO

D6069	Retenedor apoyado en pilar para prótesis parcial fija de porcelana fundida sobre metal (metal de alta nobleza)	$315	Sin cobertura
D6070	Retenedor apoyado en pilar para prótesis parcial fija de porcelana fundida sobre metal (metal predominantemente base)	$290	Sin cobertura
D6071	Retenedor apoyado en pilar para prótesis parcial fija de porcelana fundida sobre metal (metal noble)	$300	Sin cobertura
D6072	Retenedor apoyado en pilar para prótesis parcial fija de metal fundido (metal de alta nobleza)	$315	Sin cobertura
D6073	Retenedor apoyado en pilar para prótesis parcial fija de metal fundido (metal predominantemente base)	$290	Sin cobertura
D6074	Retenedor apoyado en pilar para prótesis parcial fija de metal fundido (metal noble)	$320	Sin cobertura
D6075	Retenedor apoyado en implante para prótesis parcial fija de cerámica	$335	Sin cobertura
D6076	Retenedor apoyado en implante para prótesis parcial fija de porcelana fundida sobre aleaciones de metal (metal de alta nobleza)	$330	Sin cobertura
D6077	Retenedor apoyado en implante para prótesis parcial fija de aleaciones de metal (metal de alta nobleza)	$350	Sin cobertura
D6080	Procedimientos de mantenimiento de implante cuando una prótesis híbrida fija de arco completo se extrae y se vuelve a insertar, incluida la limpieza de la prótesis y los pilares	$30	Sin cobertura
D6081	Raspado y desbridamiento de un implante en presencia de inflamación o mucositis de un implante, sangrado al sondaje y mayor profundidad de bolsa, incluida la limpieza de las superficies del implante, sin acceso por colgajo ni cierre	$30	Sin cobertura
D6082	Corona de porcelana fundida sobre aleaciones de metal predominantemente base, apoyada en implante	$335	Sin cobertura
D6083	Corona de porcelana fundida sobre aleaciones de metal noble, apoyada en implante	$335	Sin cobertura
D6084	Corona de porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio, apoyada en implante	$335	Sin cobertura
D6085	Corona provisional sobre implante	$300	Sin cobertura
D6086	Corona apoyada en implante, aleaciones de metal predominantemente base	$340	Sin cobertura
D6087	Corona apoyada en implante, aleaciones de metal noble	$340	Sin cobertura
D6088	Corona apoyada en implante, titanio y aleaciones de titanio	$340	Sin cobertura
D6089	Acceso y reajuste de tornillo de implante flojo: por tornillo	$60	Sin cobertura
D6090	Reparación de prótesis apoyada en implante/pilar	$65	Sin cobertura
D6091	Reemplazo del componente recambiable de un aditamento de precisión o semiprecisión de prótesis apoyada en implante/pilar, por aditamento	$40	Sin cobertura
D6092	Recementación de corona apoyada en implante/pilar	$25	Sin cobertura
D6093	Recementación de prótesis parcial fija apoyada en implante/pilar	$35	Sin cobertura
D6094	Corona apoyada en pilar (titanio)	$295	Sin cobertura
D6096	Extracción del tornillo de retención roto del implante	$60	Sin cobertura
D6097	Corona de porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio, apoyada en pilar	$315	Sin cobertura
D6098	Retenedor apoyado en implante, porcelana fundida sobre aleaciones de metal predominantemente base	$330	Sin cobertura
D6099	Retenedor apoyado en implante para prótesis parcial fija, porcelana fundida sobre aleaciones de metal noble	$330	Sin cobertura
D6100	Extracción quirúrgica del cuerpo del implante	$110	Sin cobertura
D6105	Extracción del cuerpo del implante sin requerir remoción ósea ni elevación de colgajo	$110	Sin cobertura
D6110	Prótesis removible apoyada en implante/pilar para arco desdentado, maxilar	$350	Sin cobertura

Esquema de copagos para afiliados de 2027
DentaQuest Family Dental HMO

D6111	Prótesis removible apoyada en implante/pilar para arco desdentado, mandibular	$350	Sin cobertura
D6112	Prótesis removible apoyada en implante/pilar para arco parcialmente desdentado, maxilar	$350	Sin cobertura
D6113	Prótesis removible apoyada en implante/pilar para arco parcialmente desdentado, mandibular	$350	Sin cobertura
D6114	Prótesis fija apoyada en implante/pilar para arco desdentado, maxilar	$350	Sin cobertura
D6115	Prótesis fija apoyada en implante/pilar para arco desdentado, mandibular	$350	Sin cobertura
D6116	Prótesis fija apoyada en implante/pilar para arco parcialmente desdentado, maxilar	$350	Sin cobertura
D6117	Prótesis fija apoyada en implante/pilar para arco parcialmente desdentado, mandibular	$350	Sin cobertura
D6118	Prótesis provisional fija apoyada en implante/pilar para arco desdentado, mandibular	$350	Sin cobertura
D6119	Prótesis provisional fija apoyada en implante/pilar para arco desdentado, maxilar	$350	Sin cobertura
D6120	Retenedor apoyado en implante, porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio	$330	Sin cobertura
D6121	Retenedor apoyado en implante para prótesis parcial fija de metal, aleaciones de metal predominantemente base	$350	Sin cobertura
D6122	Retenedor apoyado en implante para prótesis parcial fija de metal, aleaciones de metal noble	$350	Sin cobertura
D6123	Retenedor apoyado en implante para prótesis parcial fija de metal, titanio y aleaciones de titanio	$350	Sin cobertura
D6180	Procedimientos de mantenimiento de implante cuando una prótesis híbrida fija de arco completo no se extrae, incluida la limpieza de la prótesis y los pilares	$30	Sin cobertura
D6190	Registro de posición radiográfico/quirúrgico de implante, según informe	$75	Sin cobertura
D6191	Pilar de semiprecisión, colocación	$350	Sin cobertura
D6192	Aditamento de semiprecisión, colocación	$350	Sin cobertura
D6194	Corona retenedora apoyada en pilar para prótesis parcial fija, titanio y aleaciones de titanio	$265	Sin cobertura
D6195	Retenedor apoyado en pilar, porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio	$315	Sin cobertura
D6197	Reemplazo del material restaurador utilizado para cerrar el canal de acceso de una prótesis apoyada en implante y retenida por tornillo, por implante	$95	Sin cobertura
D6198	Remoción del componente provisional del implante	$110	Sin cobertura
D6199	Procedimiento de implante no especificado, según informe	$350	Sin cobertura
Prostodoncia, fija			
D6205	Póntico de resina compuesta indirecta	Sin cobertura	$165
D6210	Póntico fundido, metal de alta nobleza	Sin cobertura	$300
D6211	Póntico fundido, metal predominantemente base	$300	$300
D6212	Póntico fundido, metal noble	Sin cobertura	$300
D6214	Póntico fundido, titanio y aleaciones de titanio	Sin cobertura	$300
D6240	Póntico de porcelana fundida sobre metal de alta nobleza	Sin cobertura	$300
D6241	Póntico de porcelana fundida sobre metal predominantemente base	$300	$300
D6242	Póntico de porcelana fundida sobre metal noble	Sin cobertura	$300
D6243	Póntico de porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio	Sin cobertura	$300
D6245	Póntico de porcelana/cerámica	$300	$300

Esquema de copagos para afiliados de 2027
DentaQuest Family Dental HMO

D6250	Póntico de resina con metal de alta nobleza	Sin cobertura	$300
D6251	Póntico de resina con metal predominantemente base	$300	$300
D6252	Póntico de resina con metal noble	Sin cobertura	$300
D6280	Procedimientos de mantenimiento de implante cuando una prótesis removible de arco completo apoyada en implante/pilar se extrae y se vuelve a insertar, incluida la limpieza de la prótesis y los pilares, por arco	$20	Sin cobertura
D6545	Retenedor de metal fundido para prótesis fija adherida con resina	Sin cobertura	$130
D6548	Retenedor de porcelana/cerámica para prótesis fija adherida con resina	Sin cobertura	$145
D6549	Retenedor para prótesis fija adherida con resina	Sin cobertura	$130
D6608	Incrustación extracoronaria de porcelana/cerámica, dos superficies	Sin cobertura	$200
D6609	Incrustación extracoronaria de porcelana/cerámica, tres o más superficies	Sin cobertura	$200
D6610	Incrustación extracoronaria fundida en metal de alta nobleza, dos superficies	Sin cobertura	$200
D6611	Incrustación extracoronaria fundida en metal de alta nobleza, tres o más superficies	Sin cobertura	$200
D6612	Incrustación extracoronaria fundida en metal predominantemente base, dos superficies	Sin cobertura	$200
D6613	Incrustación extracoronaria fundida en metal predominantemente base, tres o más superficies	Sin cobertura	$200
D6614	Incrustación extracoronaria fundida en metal noble, dos superficies	Sin cobertura	$200
D6615	Incrustación extracoronaria fundida en metal noble, tres o más superficies	Sin cobertura	$200
D6634	Incrustación extracoronaria de titanio	Sin cobertura	$200
D6710	Corona de resina compuesta indirecta	Sin cobertura	$200
D6720	Corona de resina con metal de alta nobleza	Sin cobertura	$300
D6721	Corona de resina con metal predominantemente base	$300	$300
D6722	Corona de resina con metal noble	Sin cobertura	$300
D6740	Corona de porcelana/cerámica	$300	$300
D6750	Corona retenedora de porcelana fundida sobre metal de alta nobleza	Sin cobertura	$300
D6751	Corona de porcelana fundida sobre metal predominantemente base	$300	$300
D6752	Corona retenedora de porcelana fundida sobre metal noble	Sin cobertura	$300
D6753	Corona retenedora de porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio	Sin cobertura	$300
D6781	Corona de 3/4 fundida en metal predominantemente base	$300	$300
D6782	Corona de 3/4 fundida en metal noble	Sin cobertura	$300
D6783	Corona de 3/4 de porcelana/cerámica	$300	$300
D6784	Corona retenedora de 3/4 de titanio y aleaciones de titanio	$300	$300
D6791	Corona completa fundida en metal predominantemente base	$300	$300
D6794	Corona retenedora de titanio y aleaciones de titanio	Sin cobertura	$300
D6930	Recementación de puente	$40	$40
D6980	Reparación de prótesis parcial fija necesaria por falla del material de restauración	$95	$95
D6999	Procedimiento de prótesis fija no especificado, según informe	$350	$400
Cirugía bucodental y maxilofacial			
D7111	Extracción, remanentes coronarios: diente de leche	$40	$40
D7140	Extracción: pieza dental erupcionada o raíz expuesta (elevación y/o remoción con pinzas)	$65	$65
D7210	Extracción quirúrgica de pieza dental erupcionada que requiere elevación del colgajo y remoción de hueso y/o sección de la pieza dental	$120	$115
D7220	Extracción de pieza dental impactada en tejido blando	$95	$85
D7230	Extracción de pieza dental impactada en tejido parcialmente óseo	$145	$145
D7240	Extracción de pieza dental impactada, completamente ósea	$160	$160
D7241	Extracción de pieza dental impactada, completamente ósea con complicaciones quirúrgicas atípicas	$175	$175

Esquema de copagos para afiliados de 2027
DentaQuest Family Dental HMO

D7250	Extracción quirúrgica de raíces dentales residuales, con incisión de tejido blando y remoción ósea	$80	$75
D7252	Extracción parcial para la colocación inmediata de un implante	$80	Sin cobertura
D7259	Disección de nervio	$280	$280
D7260	Cierre de fístula bucosinusal	$280	$280
D7261	Cierre primario de perforación sinusal	$285	$285
D7270	Reimplantación/estabilización de pieza dental	$185	$185
D7280	Acceso quirúrgico a pieza dental no erupcionada	$220	$220
D7283	Colocación de dispositivo para facilitar la erupción de una pieza dental impactada	$85	$85
D7284	Biopsia por extirpación de glándulas salivales menores	$115	$115
D7285	Biopsia de tejido bucal, duro (hueso, pieza dental)	$180	$180
D7286	Biopsia de tejido bucal, blando	$110	$110
D7287	Obtención de muestra citológica por exfoliación	Sin cobertura	$35
D7288	Obtención de muestra transepitelial mediante biopsia por cepillado	Sin cobertura	$35
D7290	Reposicionamiento quirúrgico de piezas dentales	$185	$185
D7291	Fibrotomía transeptal/fibrotomía supracrestal, según informe	$80	$80
D7310	Alveoloplastia con extracciones, por cuadrante	$85	$85
D7311	Alveoloplastia con extracciones: una a tres piezas dentales o espacios interdentales, por cuadrante	$50	$50
D7320	Alveoloplastia sin extracciones, por cuadrante	$120	$120
D7321	Alveoloplastia sin extracciones: una a tres piezas dentales o espacios dentales, por cuadrante	$65	$65
D7340	Vestibuloplastia, extensión de reborde (epitelización secundaria)	$350	$350
D7350	Vestibuloplastia, extensión de reborde (incluye injertos de tejido blando, reinserción muscular, revisión de inserción de tejido blando y tratamiento de tejido hipertrofiado e hiperplásico)	$350	$350
D7410	Extirpación de lesión benigna de hasta 1.25 cm	$75	$75
D7411	Extirpación de lesión benigna de más de 1.25 cm	$115	$115
D7412	Extirpación de lesión benigna, compleja	$175	$175
D7413	Extirpación de lesión maligna de hasta 1.25 cm	$95	$95
D7414	Extirpación de lesión maligna de más de 1.25 cm	$120	$120
D7415	Extirpación de lesión maligna, compleja	$255	$255
D7440	Extirpación de lesión maligna, diámetro de hasta 1.25 cm	$105	$105
D7441	Extirpación de lesión maligna, diámetro de más de 1.25 cm	$185	$200
D7450	Extirpación de quiste o tumor odontogénico benigno, diámetro de hasta 1.25 cm	$180	$180
D7451	Extirpación de quiste o tumor odontogénico benigno, diámetro de más de 1.25 cm	$330	$330
D7460	Extirpación de quiste o tumor no odontogénico benigno, diámetro de hasta 1.25 cm	$155	$180
D7461	Extirpación de quiste o tumor no odontogénico benigno, diámetro de más de 1.25 cm	$250	$250
D7465	Destrucción de lesiones mediante método físico o químico, según informe	$40	$50
D7471	Extirpación de exostosis lateral, maxilar o mandibular	$140	$140
D7472	Extirpación de rodete palatino	$145	$140
D7473	Extirpación de rodete mandibular	$140	$140
D7485	Reducción quirúrgica de tuberosidad ósea	$105	$105
D7490	Resección radical de maxilar o mandíbula	$350	$350

Esquema de copagos para afiliados de 2027
DentaQuest Family Dental HMO

D7509	Marsupialización de quiste odontogénico	$180	$180
D7510	Incisión y drenaje de abscesos, tejido blando intrabucal	$70	$55
D7511	Incisión y drenaje de abscesos, tejido blando intrabucal, complejo	$70	$69
D7520	incisión y drenaje de abscesos, tejido blando extrabucal	$70	$70
D7521	Incisión y drenaje de abscesos, tejido blando extrabucal, complejo (incluye drenaje de múltiples espacios faciales)	$80	$80
D7530	Extracción de cuerpo extraño en mucosa, piel o tejido alveolar subcutáneo	$45	$45
D7540	Extracción de cuerpos extraños que producen reacción, sistema musculoesquelético	$75	$75
D7550	Ostectomía/secuestrectomía parcial para remoción de tejido óseo no vital	$125	$125
D7560	Sinusotomía maxilar para extracción de fragmento de pieza dental o cuerpo extraño	$235	$235
D7610	Maxilar, reducción abierta (piezas dentales inmovilizadas si están presentes)	$140	$140
D7620	Maxilar, reducción cerrada (piezas dentales inmovilizadas si están presentes)	$250	$250
D7630	Mandíbula, reducción abierta (piezas dentales inmovilizadas si están presentes)	$350	$580
D7640	Mandíbula, reducción cerrada (piezas dentales inmovilizadas si están presentes)	$350	$480
D7650	Malar y/o arco cigomático, reducción abierta	$350	$270
D7660	Malar y/o arco cigomático, reducción cerrada	$350	$580
D7670	Alvéolo, reducción cerrada, puede incluir estabilización de piezas dentales	$170	$170
D7671	Alvéolo, reducción abierta, puede incluir estabilización de piezas dentales	$230	$230
D7680	Huesos faciales, reducción compleja con fijación y múltiples abordajes quirúrgicos	$350	$500
D7710	Maxilar, reducción abierta	$110	$110
D7720	Maxilar, reducción cerrada	$180	$180
D7730	Mandíbula, reducción abierta	$350	$390
D7740	Mandíbula, reducción cerrada	$290	$290
D7750	Malar y/o arco cigomático, reducción abierta	$220	$220
D7760	Malar y/o arco cigomático, reducción cerrada	$350	$1,100
D7770	Alvéolo, reducción abierta con estabilización de piezas dentales	$135	$135
D7771	Alvéolo, reducción cerrada con estabilización de piezas dentales	$160	$160
D7780	Huesos faciales, reducción compleja con fijación y múltiples abordajes quirúrgicos	$350	$440
D7810	Reducción abierta de luxación	$350	$730
D7820	Reducción cerrada de luxación	$80	$80
D7830	Manipulación bajo anestesia	$85	$85
D7840	Condilectomía	$350	$930
D7850	Disectomía quirúrgica, con o sin implante	$350	$900
D7852	Reparación de disco	$350	$400
D7854	Sinovectomía	$350	$390
D7856	Miotomía	$350	$600
D7858	Reconstrucción de articulación	$350	$860
D7860	Artrostomía	$350	$350
D7865	Artroplastia	$350	$510
D7870	Artrocentesis	$90	$90
D7871	Lisis y lavado no artroscópicos	$150	$150
D7872	Artroscopia, diagnóstico con o sin biopsia	$350	$350
D7873	Artroscopia quirúrgica, lavado y lisis de adherencias	$350	$1,200
D7874	Artroscopia quirúrgica, reposicionamiento y estabilización de disco	$350	$410
D7875	Artroscopia quirúrgica, sinovectomía	$350	$410

Esquema de copagos para afiliados de 2027
DentaQuest Family Dental HMO

D7876	Artroscopia quirúrgica, disectomía	$350	$270
D7877	Artroscopia quirúrgica, desbridamiento	$350	$430
D7880	Dispositivo ortopédico oclusal, según informe	$120	$120
D7881	Ajuste de dispositivo ortopédico oclusal	$30	$50
D7899	Tratamiento de trastornos temporomandibulares no especificado, según informe	$350	$350
D7910	Sutura de pequeñas heridas recientes de hasta 5 cm	$35	$50
D7911	Sutura compleja, hasta 5 cm	$55	$75
D7912	Sutura compleja, más de 5 cm	$130	$150
D7920	Injerto cutáneo (identificar defecto cubierto, localización y tipo de injerto)	$120	Sin cobertura
D7922	Colocación de apósito biológico intralveolar para facilitar la hemostasis o estabilización del coágulo, por zona	$80	$80
D7939	Registro de posición para osteotomía asistida por robot dinámico o navegación dinámica	$350	Sin cobertura
D7940	Osteoplastia para deformidades ortognáticas	$160	Sin cobertura
D7941	Osteotomía, ramas mandibulares	$350	Sin cobertura
D7943	Osteotomía, ramas mandibulares con injerto óseo (incluye obtención del injerto)	$350	Sin cobertura
D7944	Osteotomía, segmentada o subapical	$275	Sin cobertura
D7945	Osteotomía, cuerpo de la mandíbula	$350	Sin cobertura
D7946	LeFort I (maxilar, total)	$350	Sin cobertura
D7947	LeFort I (maxilar, segmentada)	$350	Sin cobertura
D7948	LeFort II o LeFort III (osteoplastia de huesos faciales para hipoplasia o retrusión del tercio medio facial), sin injerto óseo	$350	Sin cobertura
D7949	LeFort II o LeFort III, con injerto óseo	$350	Sin cobertura
D7950	Injerto óseo, osteoperióstico o cartilaginoso de mandíbula o huesos faciales, autógeno o no autógeno, según informe	$190	Sin cobertura
D7951	Elevación de seno con hueso o sustitutos óseos mediante abordaje lateral abierto	$290	Sin cobertura
D7952	Elevación de seno mediante abordaje vertical	$175	Sin cobertura
D7955	Reparación de defecto de tejido blando y/o duro maxilofacial	$200	Sin cobertura
D7956	Regeneración tisular guiada, zona desdentada - barrera reabsorbible, por zona	Sin cobertura	$145
D7957	Regeneración tisular guiada, zona desdentada - barrera no reabsorbible, por zona	Sin cobertura	$175
D7961	Frenotomía bucal/labial	$120	$120
D7962	Frenotomía lingual	$120	$120
D7963	Frenuloplastia	$120	$120
D7970	Extirpación de tejido hiperplásico, por arco	$175	$176
D7971	Extirpación de tejido gingival pericoronario	$80	$80
D7972	Reducción quirúrgica de tuberosidad fibrosa	$100	Sin cobertura
D7979	Sialolitotomía no quirúrgica	$155	$155
D7980	Sialolitotomía quirúrgica	$155	$155
D7981	Escisión de glándula salivaria, según informe	$120	$120
D7982	Sialodocoplastia	$215	$215
D7983	Cierre de fístula salivaria	$140	$140
D7990	Traqueotomía de emergencia	$350	Sin cobertura
D7991	Coronoidectomía	$345	Sin cobertura
D7995	Injerto sintético, mandíbula o huesos faciales, según informe	$150	Sin cobertura

Esquema de copagos para afiliados de 2027
DentaQuest Family Dental HMO

D7997	Remoción de aparato (no por el dentista que colocó el aparato), con remoción de la barra de arco	$60	Sin cobertura
D7999	Cirugía bucal no especificada, según informe	$350	$350
Ortodoncia			
D8080	Tratamiento de ortodoncia integral de la dentadura en adolescentes	$350	Sin cobertura
D8091	Tratamiento de ortodoncia integral con cirugía ortognática		
D8210	Terapia con aparato removible		
D8220	Terapia con aparato fijo		
D8660	Visita previa al tratamiento de ortodoncia		
D8670	Visita periódica para el tratamiento de ortodoncia		
D8671	Visita periódica para el tratamiento de ortodoncia asociada a cirugía ortognática		
D8680	Retención ortodóncica (remoción de aparatos, construcción y colocación de retenedores)		
D8681	Ajuste de retenedor ortodóncico removible		
D8696	Reparación de aparato ortodóncico, maxilar		
D8697	Reparación de aparato ortodóncico, mandibular		
D8698	Recementación o readhesión de retenedor fijo, maxilar		
D8699	Recementación o readhesión de retenedor fijo, mandibular		
D8701	Reparación de retenedor fijo con readhesión, maxilar		
D8702	Reparación de retenedor fijo con readhesión, mandibular		
D8703	Reemplazo de retenedor extraviado o roto, maxilar		
D8704	Reemplazo de retenedor extraviado o roto, mandibular		
D8999	Procedimiento ortodóncico no especificado, según informe		
Servicios generales complementarios			
D9110	Tratamiento paliativo de dolor dental, por visita	$30	$28
D9120	Seccionamiento de prótesis parcial fija	$95	$95
D9210	Anestesia local, sin procedimientos quirúrgicos ambulatorios	$10	$10
D9211	Bloqueo regional	$20	$20
D9212	Bloqueo de división del trigémino	$60	$60
D9215	Anestesia local	$15	$15
D9219	Evaluación para sedación moderada, sedación profunda o anestesia general	$45	$45
D9222	Administración de sedación profunda/anestesia general, primer incremento de 15 minutos o fracción	$45	$45
D9223	Administración de sedación profunda/anestesia general, cada 15 minutos subsiguientes o fracción	$45	$45
D9224	Administración de anestesia general con vía aérea avanzada, primer incremento de 15 minutos o fracción	$65	$65
D9225	Administración de anestesia general con vía aérea avanzada, cada 15 minutos subsiguientes o fracción	$65	$65
D9230	Administración de óxido nitroso	$15	Sin cobertura
D9239	Administración de sedación moderada intravenosa, primer incremento de 15 minutos o fracción	$60	$45
D9243	Administración de sedación moderada intravenosa, cada 15 minutos subsiguientes o fracción	$60	$45
D9244	Administración de sedación mínima en consultorio, un solo medicamento, enteral	$30	Sin cobertura
D9245	Administración de sedación moderada enteral	$65	$65

Esquema de copagos para afiliados de 2027
DentaQuest Family Dental HMO

D9246	Administración de sedación moderada no intravenosa parenteral, primer incremento de 15 minutos o fracción	$65	$65
D9247	Administración de sedación moderada no intravenosa parenteral, cada 15 minutos subsiguientes o fracción	$65	$65
D9310	Consulta, servicio de diagnóstico por dentista o médico diferente al dentista o médico solicitante	$50	$45
D9311	Consulta con profesional de la salud	Sin cargo	Sin cargo
D9410	Visita a domicilio o centro de atención prolongada	$50	Sin cobertura
D9420	Visita a hospital o centro quirúrgico ambulatorio	$135	Sin cobertura
D9430	Visita de consulta para observación (durante horarios programados regularmente), sin otro servicio realizado	$20	$12
D9440	Visita de consulta, después de horarios programados regularmente	$45	$40
D9450	Presentación de caso, posterior a tratamiento detallado y extenso	Sin cobertura	Sin cargo
D9610	Medicamento parenteral terapéutico, administración única	$30	Sin cobertura
D9612	Medicamento parenteral terapéutico, dos o más administraciones, medicamentos diferentes	$40	Sin cobertura
D9910	Aplicación de medicamento desensibilizante	$20	$22
D9930	Tratamiento de complicaciones, posquirúrgicas, situaciones poco comunes, según informe	$35	$50
D9942	Reparación y/o revestimiento de protector oclusal	Sin cobertura	$35
D9943	Ajuste de protector oclusal	Sin cobertura	$35
D9944	Protector oclusal duro, arco completo	Sin cobertura	$115
D9945	Protector oclusal blando, arco completo	Sin cobertura	$115
D9946	Protector oclusal duro, arco parcial	Sin cobertura	$115
D9950	Análisis de oclusión, montaje en articulador	$120	Sin cobertura
D9951	Ajuste oclusal, limitado	$45	$45
D9952	Ajuste oclusal, completo	$210	$210
D9995	Teleodontología, sincrónica, encuentro en tiempo real	Sin cargo	Sin cargo
D9996	Teleodontología, asincrónica; información almacenada y reenviada al dentista para su revisión posterior	Sin cargo	Sin cargo
D9997	Coordinación de caso dental, pacientes con necesidades especiales de atención de salud	Sin cargo	Sin cargo
D9999	Procedimiento complementario no especificado, según informe	Sin cargo	Sin cargo

Notas finales para los diseños de los planes de beneficios dentales estándar de 2027.

Notas de los beneficios de salud esenciales del plan dental pediátrico (solo se aplica a la parte pediátrica del Plan dental familiar).

1) Los pagos del costo compartido realizados por cada hijo de manera individual por los servicios cubiertos dentro de la red se acumulan al desembolso máximo del hijo. Una vez alcanzado el desembolso máximo individual del hijo, el plan paga todos los costos de los servicios cubiertos para ese hijo.
2) En un plan con dos o más hijos, los pagos del costo compartido que realiza cada hijo por los servicios proporcionados dentro de la red contribuyen al deducible familiar dentro de la red, si procede, así como al desembolso familiar máximo.
3) En un plan con dos o más hijos, los pagos del costo compartido realizados por cada hijo por los servicios cubiertos fuera de la red contribuyen al deducible familiar fuera de la red, si procede, y no se acumulan al desembolso familiar máximo.

Esquema de copagos para afiliados de 2027
DentaQuest Family Dental HMO

4) La administración de estos diseños de plan debe cumplir los requisitos del plan de referencia de beneficios de salud esenciales del plan dental pediátrico, incluida la cobertura de servicios en circunstancias de necesidad médica, como se define en el beneficio de Exámenes de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (*EPSDT, Early Periodic Screening, Diagnostic and Treatment*).
5) El costo compartido del afiliado para los servicios de ortodoncia necesarios por razones médicas se aplica al tratamiento en curso, no a los años de beneficios individuales dentro de un tratamiento en curso de varios años. Este costo compartido del afiliado se aplica al tratamiento en curso siempre y cuando el afiliado siga inscrito en el plan.
6) En la medida en que los planes dentales puedan ofrecer teleodontología, ésta se ofrecerá de forma gratuita.
7) Estas notas finales no limitan las obligaciones del emisor de cumplir las leyes, normas o reglamentos federales, estatales o locales aplicables. En caso de que un emisor esté sujeto a una ley, norma o reglamento recientemente promulgado o modificado que entre en conflicto con los requisitos de las presentes notas finales, el emisor deberá cumplir la ley, norma o reglamento y cualquier orientación aplicable de su autoridad reguladora. Cuando estas notas finales superen los requisitos impuestos por la ley, el emisor deberá cumplir los requisitos de estas notas finales.

Notas sobre los beneficios dentales para adultos (solo se aplica al Plan dental familiar).

8) El blanqueamiento dental, la ortodoncia para adultos, los implantes, las carillas y los servicios para adultos que se indican como No cubiertos en el Esquema de copagos no son servicios cubiertos.
9) El periodo de espera de seis meses para los servicios mayores no se aplicará si el afiliado presenta una prueba de cobertura dental anterior comparable. Este periodo de espera se prorrateará uno a uno mensualmente si el afiliado presenta una prueba de cobertura dental anterior comparable de menos de seis meses. Covered California deja en manos del plan la determinación de la documentación aceptable para verificar la prueba de cobertura anterior. Covered California deja en manos del plan la determinación de la interrupción máxima permitida en la cobertura antes de que deje de prorratearse el periodo de espera de seis meses. Los servicios dentales obtenidos a través de un plan de salud con descuento no se consideran cobertura dental “comparable” a efectos del cómputo del periodo de espera.
10) En la medida en que los planes dentales puedan ofrecer teleodontología, ésta se ofrecerá de forma gratuita.
11) Estas notas finales no limitan las obligaciones del emisor de cumplir las leyes, normas o reglamentos federales, estatales o locales aplicables. En caso de que un emisor esté sujeto a una ley, norma o reglamento recientemente promulgado o modificado que entre en conflicto con los requisitos de las presentes notas finales, el emisor deberá cumplir la ley, norma o reglamento y cualquier orientación aplicable de su autoridad reguladora. Cuando estas notas finales superen los requisitos impuestos por la ley, el emisor deberá cumplir los requisitos de estas notas finales.

Tabla de divulgación del Resumen de cobertura y beneficios dentales (*SDBC, Summary of Dental Benefits and Coverage*)

Parte I: INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del plan: DentaQuest*
Tipo de línea de producto: DHMO
Fecha de vigencia: A partir del 01/01/2027

Nombre del producto: Dental HMO Covered CA Individual
N.º de teléfono del plan: 1-855-425-4164
Sitio web del plan: www.caldental.net

ESTA TABLA TIENE COMO PROPÓSITO AYUDARLE A COMPARAR LOS BENEFICIOS DE LA COBERTURA Y LO QUE DEBERÁ PAGAR POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS. SE TRATA ÚNICAMENTE DE UN RESUMEN Y NO INCLUYE LOS COSTOS DE LAS PRIMAS DE ESTE PAQUETE DE BENEFICIOS DENTALES. CONSULTE SU EVIDENCIA DE COBERTURA Y SU CONTRATO DENTAL PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LAS LIMITACIONES DE LA COBERTURA. PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE SU COBERTURA, VISITE LA PÁGINA WEB DEL PLAN WWW.CALDENTAL.NET O LLAME AL 1-855-425-4164.

ESTA TABLA NO CONSTITUYE UNA GARANTÍA DE GASTOS NI DE PAGO.

Parte II: DEDUCIBLES

Deducible	Dentro de la red	Fuera de la red
Dental	Ninguno	No aplica
Ortodoncia	Ninguno	No aplica

- **No hay deducible, aunque puede aplicarse un copago por visita al consultorio.**
- Un **deducible** es la cantidad que usted debe pagar por los servicios dentales cubiertos cada año del plan antes de que el plan comience a pagar el costo del tratamiento dental cubierto.
- **Servicios dentro de la red** son aquellos proporcionados por dentistas u otros proveedores de atención dental con licencia que tienen un contrato con su plan para proporcionar servicios dentales.

**Los beneficios dentales son proporcionados por California Dental Network. California Dental Network opera bajo el nombre de DentaQuest. A lo largo de esta Tabla de divulgación del Resumen de cobertura y beneficios dentales (SDBC), California Dental Network se denomina DentaQuest.*

- **Servicios fuera de la red** son servicios de atención dental proporcionados por dentistas u otros proveedores de atención dental con licencia que no están contratados por su plan.

Parte III: EL PLAN MAXIMUMS PAGARÁ

Maximums	Dentro de la red	Fuera de la red
Máximo anual	Ninguno	No aplica
Máximo de por vida para ortodoncia	Ninguno	No aplica

- **Máximo anual** es la cantidad máxima en dólares que su plan pagará por el costo de la atención dental dentro de un periodo de tiempo específico, normalmente un periodo consecutivo de 12 meses o un año calendario.
- **Máximo de por vida** es la cantidad máxima en dólares que su plan, el cual ofrece beneficios dentales, pagará a lo largo de la vida del afiliado. Los máximos de por vida suelen aplicarse a servicios específicos, como el tratamiento de ortodoncia.

Parte IV: PERIODOS DE ESPERA

Periodos de espera: El periodo de espera es el tiempo que debe transcurrir antes de que pueda tener derecho a recibir beneficios o servicios para todos o algunos de los tratamientos dentales. **No hay periodo de espera.**

Parte V: LO QUE USTED PAGARÁ

Todos los copagos y coaseguros que están en esta tabla se aplican cuando se ha alcanzado el deducible, si es que se aplica. Los procedimientos dentales habituales se clasifican en una de las siguientes categorías aplicables: Servicios de diagnóstico, preventivos, básicos o mayores. La columna "Limitaciones y exclusiones de los beneficios" solo incluye las limitaciones y exclusiones habituales. Para consultar la lista completa, consulte el documento informativo completo al que se hace referencia en la columna "Limitaciones y exclusiones de los beneficios".

Procedimientos dentales habituales	Categoría	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones y exclusiones de los beneficios
Examen bucodental	Servicios preventivos y diagnósticos	$0.00	Sin cobertura	Limitado a una vez cada seis meses, por proveedor.
Radiografía de aleta de mordida	Servicios preventivos y diagnósticos	$0.00	Sin cobertura	Cubierto una vez por fecha de servicio.

Procedimientos dentales habituales	Categoría	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones y exclusiones de los beneficios
Limpieza	Servicios preventivos y diagnósticos	$0.00	Sin cobertura	Limitado a una vez cada seis meses.
Empaste	Básico	$30.00	Sin cobertura	El reemplazo de una restauración solo tiene cobertura cuando es necesario por razones médicas.
Extracción, pieza dental erupcionado o raíz expuesta	Básico	$65.00	Sin cobertura	No es un beneficio para el mismo proveedor que realizó la extracción inicial de la pieza dental.
Tratamiento de conducto	Mayor	$300.00	Sin cobertura	Un beneficio una vez por pieza dental para el tratamiento de conducto inicial. Consulte su Evidencia de cobertura para obtener una descripción detallada de la cobertura, los beneficios y las limitaciones.
Raspado y alisado radicular	Básico	$55.00	Sin cobertura	Un beneficio para pacientes de 13 años en adelante; una vez por cuadrante cada 24 meses. Consulte su Evidencia de cobertura para obtener una descripción detallada de la cobertura, los beneficios y las limitaciones.
Corona de cerámica	Mayor	$300.00	Sin cobertura	Consulte su Evidencia de cobertura para obtener una descripción detallada de la cobertura, los beneficios y las limitaciones.
Prótesis parcial removible	Mayor	$300.00	Sin cobertura	Cada una es un beneficio una vez en un periodo de cinco años; cuando se reemplaza una o varias piezas dentales permanentes frontales y/o el arco carece de oclusión posterior equilibrada. Consulte su Evidencia de cobertura para obtener una descripción detallada de la cobertura, los beneficios y las limitaciones.
Extracción de pieza dental erupcionada con remoción ósea	Mayor	$120.00	Sin cobertura	Cubierto cuando la extracción de cualquier pieza dental erupcionada requiere la elevación de un colgajo mucoperióstico y la remoción de tejido óseo sustancial o el seccionamiento de la pieza dental. Consulte su Evidencia de cobertura para obtener una descripción detallada de la cobertura, los beneficios y las limitaciones.

Ortodoncia	Ortodoncia	$350.00	Sin cobertura	Los procedimientos de ortodoncia son beneficios para casos que requieren tratamiento y son necesarios por razones médicas de oclusión dental defectuosa incapacitante, paladar hendido y crecimiento facial para pacientes menores de 21 años, y deberán ser autorizados previamente. Consulte su Evidencia de cobertura para obtener una descripción detallada de la cobertura, los beneficios y las limitaciones.

Parte VI: EJEMPLOS DE COBERTURA

ESTOS EJEMPLOS NO CONSTITUYEN UNA ESTIMACIÓN DE COSTOS NI UNA GARANTÍA DE PAGO. Los ejemplos que se ofrecen representan servicios de uso habitual en las categorías de "Servicios de diagnóstico, preventivos, básicos y mayores", con fines ilustrativos y para comparar este producto con otros productos dentales que pueda estar considerando. Es probable que sus costos reales difieran de los que se muestran en la tabla siguiente, en función de la atención que reciba realmente, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Preste especial atención a los costos compartidos (deducibles, copagos y coaseguros) y al resumen de los servicios excluidos del plan.

Dana tiene una cita con un nuevo dentista		**Sam necesita un empaste**		**María necesita una corona**	
Revisión de nuevo paciente, radiografías (radiografías completas de la boca) y limpieza		Resina compuesta: una superficie, posterior		Corona, sustrato de porcelana/cerámica	
Consulta de Dana	**Costo de Dana**	**Consulta de Sam**	**Costo de Sam**	**Consulta de María**	**Costo de María**
Costo total de la atención	Dentro de la red: $400 Fuera de la red: $550	Costo total de la atención	Dentro de la red: $150 Fuera de la red: $200	Costo total de la atención	Dentro de la red: $1,300 Fuera de la red: $1,750
Consulta de Dana	**Costo de Dana**	**Consulta de Sam**	**Costo de Sam**	**Consulta de María**	**Costo de María**
Deducible	Dentro de la red: Ninguno Fuera de la red: No aplica	Deducible	Dentro de la red: Ninguno Fuera de la red: No aplica	Deducible	Dentro de la red: Ninguno Fuera de la red: No aplica
Máximo anual (el Plan pagará)	Dentro de la red: Ninguno Fuera de la red: No aplica	Máximo anual (el Plan pagará)	Dentro de la red: Ninguno Fuera de la red: No aplica	Máximo anual (el Plan pagará)	Dentro de la red: Ninguno Fuera de la red: No aplica

Costo para el paciente (copago o coaseguro)	Dentro de la red: $0.00 Fuera de la red: $550	Costo para el paciente (copago o coaseguro)	Dentro de la red: $30.00 Fuera de la red: $200	Costo para el paciente (copago o coaseguro)	Dentro de la red: $300.00 Fuera de la red: $1,750
En este ejemplo, Dana pagaría (incluye copagos/coaseguro y deducible, si corresponde):	Dentro de la red: $0.00 Fuera de la red: $550	**En este ejemplo, Sam pagaría (incluye copagos/coaseguro y deducible, si corresponde):**	Dentro de la red: $30.00 Fuera de la red: $200	**En este ejemplo, María pagaría (incluye copagos/coaseguro y deducible, si corresponde):**	Dentro de la red: $300.00 Fuera de la red: $1,750
Resumen de lo que no está cubierto o está sujeto a una limitación:	Las radiografías de toda la boca están limitadas a una vez en 36 meses. La profilaxis (limpieza de dientes) está limitada a una vez cada 6 meses.			Resumen de lo que no está cubierto o está sujeto a una limitación:	