



2021

Guía dental

Guarde esta guía y llévela a su próxima cita dental.

SAN ANTONIO
Planes HMO de Medicare



Cómo usar esta guía

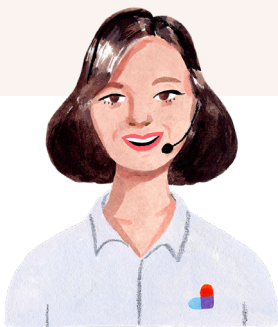
Queremos que mantenga una gran sonrisa saludable en su rostro. Así que aquí le mostramos cómo aprovechar al máximo sus beneficios dentales y evitar cualquier sorpresa.

Conozca sus beneficios

Esta guía tiene todos los detalles que necesita conocer sobre la cobertura dental de su plan. Solo busque su plan para descubrir cómo funciona.

Cuando visite al dentista...

- 1 Lleve esta guía consigo.
- 2 Dígales que su plan de Devoted Health le da cobertura dental a través de **DentaQuest**.
- 3 Solicite un estimado antes de recibir los cuidados. Puede incluso mostrarles la gráfica al final de esta guía; incluye códigos de facturación por los servicios que cubre su plan.



¿Preguntas? Llámenos en cualquier momento.

1-800-385-0916 TTY 711

Planes Core y Prime

Su plan cubre cuidados dentales preventivos e integrales. Así es como funciona.

Cuidado preventivo

Su plan paga el costo completo de los cuidados preventivos cubiertos, como exámenes orales y limpiezas. Usted no tiene copagos y no hay límites en los dólares que paga su plan.

Cuidado integral

Su plan paga por cuidados integrales cubiertos (como dentaduras postizas y extracciones) hasta **\$2,000**. Una vez que alcanza ese límite, usted paga el costo total de cuidados integrales durante el resto del año.

Resumen del plan

Cuidado preventivo

\$0 de copagos y sin límites en el monto en dólares

- Exámenes orales
- Limpiezas de rutina
- Radiografías
- Tratamiento de flúor

Cuidado integral

Core HMO

limit de \$2,000

Prime HMO

limit de \$2,000

Servicios cubiertos

- Limpiezas a fondo
- Empastes
- Dentaduras postizas
- Extracciones
- Reparación de dentadura postiza
- Coronas*
- Tratamientos de conducto*
- **Y más**

*Su plan paga 50% del costo, hasta su límite de cuidados integrales. Todos los otros servicios indicados tienen un copago de \$0. Vea la gráfica al final de esta guía para obtener más detalles.

Digamos que solo necesita cuidados de rutina.

Usted visita al dentista dos veces al año solo para las revisiones.

Usted obtiene	Los costos*
2 revisiones de rutina	\$350
1 juego de radiografías de mordida	\$100
Total	\$450

Su plan paga \$450
Usted paga \$0

Ahora veamos cuidados más avanzados.

Tal vez, además del cuidado de rutina, usted tiene otras necesidades.

Usted obtiene	Los costos*
2 revisiones de rutina	\$350
1 juego de radiografías de mordida	\$100
2 empastes	\$350
1 tratamiento de conducto	\$1,200
Total	\$2,000

Su plan paga \$450 Por el cuidado preventivo
Su plan paga \$950 por los empastes y 50% por el tratamiento de conducto
Usted paga \$600 por 50% del tratamiento de conducto

*Los costos indicados son solo ejemplos. Consulte con su dentista para conocer los costos verdaderos.

Cuidado preventivo — Todos los planes

Evaluación oral	0%	<p>Cualquiera 2 de los siguientes cada año</p> <p>Paciente establecido (D0120) Enfocado al problema (D0140) Integral (D0150) Extenso (D0160) Re-Evaluación (D0170) Evaluación periodontal integral (D0180)</p>
Diagnóstico por imagen	0%	<p>Cualquiera de los siguientes cada 3 años</p> <p>Intraoral — Serie completa, incluye aleta mordida (D0210) Radiografía panorámica (D0330)</p>
Imagen intraoral	0%	<p>Primera radiografía periapical (D0220) 1 por año</p> <p>Cada radiografía periapical adicional (D0230) 1 por año</p> <p>Imagen radiográfica oclusiva (D0240) 2 por año</p>
Radiografía de mordida	0%	<p>Radiografía sencilla (D0270) 4 por año</p> <p>Dos radiografías (D0272) 2 por año</p> <p>Tres radiografías (D0273) 1 por año</p> <p>Cuatro radiografías (D0274) 1 por año</p>
Limpiezas y selladores preventivos	0%	<p>Cualquiera 2 de los siguientes por año</p> <p>Profilaxis, Adulto (D1110) Alisado en presencia de inflamación moderada o severa, Boca completa después de evaluación (D4346) Mantenimiento periodontal (D4910)</p> <p>1 por año</p> <p>Flúor, excluye el esmalte (D1208)</p>

Cuidado integral — Todos los planes

Empastes	0%	<p>Cualquiera de los siguientes por superficie por diente cada 3 años</p> <p>AMALGAMA Una superficie — Primario o permanente (D2140) Dos superficies — Primario o permanente(D2150) Tres superficies — Primario o permanente(D2160) Cuatro o más superficies — Primario o permanente (D2161)</p> <p>COMPUESTO A BASE DE RESINA Una superficie — Anterior (D2330) Dos superficies — Anterior (D2331) Tres superficies — Anterior (D2332) Cuatro o más superficies — Incluye ángulo incisal (D2335) Corona — Anterior (D2390) Una superficie — Posterior (D2391) Dos superficies — Posterior (D2392) Tres superficies — Posterior (D2393) Cuatro o más superficies — Posterior (D2394)</p>
Alisado endodóntico y raspado radicular	0%	<p>Cualquiera de los siguientes por cuadrante cada 2 años</p> <p>Cuatro o más dientes por cuadrante (D4341) Uno a tres dientes por cuadrante (D4342)</p>
Desbridamiento de la boca completa	0%	<p>Para permitir evaluación integral y diagnóstico y visita subsecuente (D4355) 1 cada 2 años</p>
Extracciones sencillas	0%	<p>Raíz expuesta o erupcionada (D7140) Extracción quirúrgica de diente erupcionado (D7210) 1 por diente de por vida</p>
Tratamiento (emergencia) paliativo	0%	<p>Procedimiento menor (D9110) 1 por año cuando es proporcionado con D0140 y radiografías</p>

Cuidado integral — Todos los planes

Coronas	50%	1 de lo siguiente por diente cada 5 años Porcelana/Cerámica (D2740) Porcelana fundida a metal muy noble (D2750) Porcelana fundida a base predominantemente de metal (D2751) Porcelana fundida a metal noble (D2752) Moldeado completo de metal muy noble (D2790) Moldeado completo de base predominantemente de metal (D2791) Moldeado completo de metal noble (D2792)
Recementado o repegado	50%	Incrustación inlay, onlay, carillas o revestimiento parcial (D2910) 1 cada año por diente Poste y muñón indirectamente fabricado/prefabricado (D2915) 1 cada año por diente Corona (D2920) 1 cada año por diente
Restauración protectora	50%	1 por diente de por vida (D2940)
Reconstrucción del muñón	50%	Incluyendo cualquier perno de requerirse (D2950) 1 por diente cada 5 años
Perno de retención	50%	Por diente, además de restauración (D2951) 1 por diente cada 5 años
Perno y muñón además de la corona	50%	Fabricado indirectamente (D2952) 1 por diente cada 5 años Prefabricado (D2954) 1 por diente cada 5 años
Extracción del perno	50%	No vinculado a terapia endodóntica (D2955) 1 por diente cada 5 años

SERVICIO DENTAL	SU COSTO	DETALLES DE LOS BENEFICIOS
Desbridamiento pulpar	50%	Dientes primarios y permanentes (D3221) 1 por diente de por vida
Terapia de endodoncia	50%	1 de lo siguiente por diente de por vida Diente anterior (excluye restauración final) (D3310) Diente bicúspide (excluye restauración final) (D3320) Molar (excluye restauración final) (D3330)
Tratamiento de obstrucción de tratamiento de conducto	50%	Acceso no quirúrgico (D3331) 1 por diente de por vida
Tratamiento de endodoncia incompleto	50%	Diente inoperable, irreparable, fracturado (D3332) 1 por diente de por vida
Reparación de raíz interna de defectos por perforación	50%	Reparación de raíz interna de defectos por perforación (D3333) 1 por diente de por vida
Nuevo tratamiento de tratamiento de conducto previo	50%	1 de lo siguiente por diente de por vida Anterior (D3346) Bicúspide (D3347) Molar (D3348)
Dentaduras postizas	0%	1 de lo siguiente cada 5 años DENTADURA POSTIZA COMPLETA Maxilar (D5110) Mandibular (D5120) DENTADURA POSTIZA INMEDIATA Maxilar (D5130) Mandibular (D5140)

SERVICIO DENTAL	SU COSTO	DETALLES DE LOS BENEFICIOS
Dentaduras postizas	0%	<p>1 de lo siguiente cada 5 años</p> <p>DENTADURA POSTIZA PARCIAL Maxilar — base de resina (D5211) Mandibular — base de resina (D5212) Maxilar — metal fundido, base de resina (D5213) Mandibular — metal fundido, base de resina (D5214) Maxilar inmediato — base de resina (D5221) Mandibular inmediato — base de resina (D5222) Maxilar inmediato — estructura metal fundido, dentadura base de resina (D5223) Maxilar inmediato — estructura metal fundido, dentadura base de resina (D5223)</p> <p>SUBESTRUCTURA DE METAL Agregar subestructura de metal a dentadura postiza completa de acrílico (D5876)</p>
Ajustes de dentadura	0%	<p>1 por arco cada 2 años</p> <p>Dentadura postiza completa — Maxilar (D5410) Dentadura postiza completa— Mandibular (D5411) Dentadura postiza parcial — Maxilar (D5421) Dentadura postiza parcial — Mandibular (D5422)</p>
Reparación dentadura postiza	0%	<p>REPARACIÓN GENERAL DENTADURA POSTIZA 1 por arco cada 3 años de lo siguiente</p> <p>Reparación base rota de dentadura postiza completa — Mandibular (D5511) Reparación base rota de dentadura postiza completa — Maxilar (D5512) Sustitución dientes faltantes o rotos — Dentadura postiza completa (D5520) Reparación base de resina de dentadura postiza parcial — Mandibular (D5611) Reparación base de resina de dentadura postiza parcial — Maxilar (D5612) Reparación de marco molde parcial — Mandibular (D5621) Reparación de marco molde parcial — Maxilar (D5622)</p>
Reparación dentadura postiza	0%	<p>REPARACIÓN ADICIONAL 1 por diente cada año de lo siguiente</p> <p>Reparación o reemplazo de gancho retenedor roto (D5630) Reemplazo diente roto — Por diente (D5640) Agregar diente a dentadura postiza parcial existente (D5650) Agregar gancho retenedor a dentadura postiza parcial existente (D5660)</p>

SERVICIO DENTAL	SU COSTO	DETALLES DE LOS BENEFICIOS
Revestimiento	0%	<p>1 cada 2 años</p> <p>Dentadura postiza maxilar completa — en el consultorio (D5730)</p> <p>Dentadura postiza mandibular completa — en el consultorio (D5731)</p> <p>Dentadura postiza maxilar parcial — en el consultorio (D5740)</p> <p>Dentadura postiza mandibular parcial — en el consultorio (D5741)</p> <p>Dentadura postiza maxilar completa — en el laboratorio (D5750)</p> <p>Dentadura postiza mandibular completa — en el laboratorio (D5751)</p> <p>Dentadura postiza maxilar parcial — en el laboratorio (D5760)</p> <p>Dentadura postiza mandibular parcial — en el laboratorio (D5761)</p>
Otros servicios	0%	<p>SECCIONAMIENTO DE DENTADURA POSTIZA Seccionamiento de dentadura postiza parcial fija (D9120)</p> <p>ANESTESIA Sedación profunda/anestesia general - primeros 15 minutos (D9222) Sedación profunda/anestesia general - cada incremento subsecuente de 15 minutos (D9223) Inhalación de óxido nitroso/analgesia, ansiolisis (D9230) Moderación intravenosa (consciente) (D9239) Moderación intravenosa (consciente) - cada incremento subsecuente de 15 minutos (D9243) Sedación no-intravenosa (consciente) (D9248)</p> <p>CONSULTA Distinto de dentista solicitante (D9310)</p>

Pueden aplicarse limitaciones adicionales. Consulte la Evidencia de cobertura para ver una lista completa de los servicios cubiertos. Solo tiene cobertura para los servicios, códigos y límites indicados en la Evidencia de cobertura. Cualquier servicio dental que sea proporcionado y que no esté indicado como un código cubierto, o si usted excede el límite máximo del servicio o el máximo anual, no será cubierto por Devoted Health y usted será responsable por el costo total.



¿Preguntas? Llámenos.

1-800-385-0916 TTY 711

Si es miembro de Devoted Health, llame:

1-800-338-6833 TTY 711

San Antonio incluye el condado de Bexar

Devoted Health es un plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en Devoted Health depende de la renovación del contrato. Devoted Health cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, ciudadanía, edad, discapacidad o sexo. ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-338-6833 (TTY 711). H7993_21S3OSP_M