

KelseyCare
Advantage
★★★★

2025

CORE (HMO)



GUÍA DENTAL

1-866-535-8343 (TTY: 711)

[KelseyCareAdvantage.com](https://www.KelseyCareAdvantage.com)

TABLE OF CONTENTS

Su Red Dental Ampliada.....	3
Cómo Acceder a Su Red Dental	3
Cómo Encontrar Un Proveedor Dental de la Red.....	4
Descripción de Sus Beneficios Dentales	4
Beneficio Suplementario Opcional (OSB).....	5
Cómo Comprar el Beneficio de OSB	5
Preguntas Frecuentes (FAQ).....	6
Términos Importantes	7
2025 Cobertura Dental Suplementaria	8
Consulte la Lista de Códigos de Procedimiento al Final de Esta Sección Exclusiones.....	12

SU RED DENTAL AMPLIADA

Nos hemos asociado con una gran red de proveedores dentales porque sabemos que las opciones son importantes.

¡Eso significa excelentes opciones y comodidad!

Además, seguirá disfrutando de un copago de \$0 para limpiezas de rutina, radiografías y dos exámenes preventivos por año cuando consulte a un proveedor dentro de la red. Se aplican las frecuencias y los límites de cobertura del plan.

Su red dental a través de su plan KelseyCare Advantage se llama Proveedores de Beneficios Dentales (DBP)/UHC Dental.

CÓMO ACCEDER A SU RED DENTAL

Su tarjeta de identificación de miembro de KelseyCare Advantage es su clave para acceder no solo a sus beneficios médicos, sino también a sus beneficios dentales.

Encontrará el número de teléfono de la red DBP/UHC Dental en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro.

KelseyCare Advantage *****		Member Services (TTY: 711) 24/7 Nurse Hotline Part B Drugs (Optum Rx) UBH Mental Health Spectera/UHC Vision UM/Medical/Authorization Dental Benefit Providers/UHC Dental	XXX-XXX-XXXX XXX-XXX-XXXX XXX-XXX-XXXX XXX-XXX-XXXX XXX-XXX-XXXX XXX-XXX-XXXX XXX-XXX-XXXX
JOHN Q SAMPLE ID Number: KCA000XXXXX Issuer: (80840) 92101567898 Policy #: H0332 PCP Network: KelseyCare Advantage Network PCP: \$X, Specialist: \$XX ER: \$XXX, Urgent Care: \$XX MOOP: \$XXXX Deductible: \$X	Plan Name (HMO) Rx Bin: 610011 RxPCN: CTRXMEDD RxGroup: KCAMEDD	Send Medical Claims to: PO BOX 31031, Tampa, FL 33631; EDI: KELSE (prof); KELSI (institutional) Send Mental Health & Substance Abuse Claims to: UBH - PO Box 30757, Salt Lake City, UT 84130-0757 Send Dental Claims to: PO BOX 30567, Salt Lake City, UT 84130-0567 www.KelseyCareAdvantage.com Dental Benefit Providers, Inc. network access in your market may also be provided by: CONNECTION Dental, MaximumCare, or Diversified (NV).	
	(Part B Coverage Only) H0332_<XXX>		

Simplemente proporcione su tarjeta al dentista de la red en el momento de su visita.

CÓMO ENCONTRAR UN PROVEEDOR DENTAL DE LA RED

Encontrar un proveedor dental es más fácil que nunca.

Visite YourDentalPlan.com/DentistSearch23 para usar nuestro directorio de búsqueda o

Descargue el Directorio de Proveedores Dentales en KelseyCareAdvantage.com → [Members \(Miembros\)](#) → [Value-Added Benefits \(Beneficios de Valor Agregado\)](#) → [Dental Coverage \(Cobertura Dental\)](#)

Si necesita ayuda para encontrar un dentista, llame al equipo de conserjería al 713-442-4878 (TTY: 711). Del 1 de octubre al 31 de marzo, el horario es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Los servicios de mensajería se utilizan los fines de semana, fuera del horario de atención y los días festivos federales.

DESCRIPCIÓN DE SUS BENEFICIOS DENTALES

- Deducible de \$25
- 0% Coaseguro
- Beneficio Anual Máximo de \$1,500

*cualquier cantidad que supere el beneficio máximo anual es responsabilidad del miembro.

Este año, su plan dental básico incluye cobertura preventiva y algunas coberturas integrales.

Servicio	Frecuencia	Coaseguro
Evaluación Oral Periódica (pacientes establecidos)	1 cada 6 meses	0%
Evaluación Oral Limitada	1 cada 12 meses	0%
Evaluación Oral Integral	1 cada 12 meses	0%
Radiografías de rutina	1 cada 12 meses	0%
Extracción quirúrgica del diente erupcionado	1 por diente por vida	0%
Tratamiento paliativo (de emergencia) del dolor dental	Ilimitado hasta el máximo permitido	0%
Servicios Restaurativos	Hasta 4 empastes en total por año	0%

Consulte su Evidencia de Cobertura (EOC) para obtener una lista completa de los códigos cubiertos en su plan dental básico.

BENEFICIO SUPLEMENTARIO OPCIONAL (OSB)

Los miembros del plan Core (HMO) pueden comprar cobertura integral adicional por \$22.50 al mes. Al comprar el beneficio de OSB, puede aprovechar más cobertura dental.

La cobertura integral adicional con la compra de OSB incluye:

Servicio	Frecuencia	Coaseguro
Dentaduras postizas y puentes	1 cada 60 meses	50%
Endodoncias	1 cada 60 meses	50%
Coronas	1 cada 60 meses	50%

Para ver una lista completa de los códigos cubiertos de OSB, revise la EOC Dental OSB 2025 al final de este libro. También puede visitar KelseyCareAdvantage.com → [Members \(Miembros\)](#) → [Plan Documents \(Documentos del plan\)](#) → [Dental Coverage \(Cobertura dental\)](#) → [Optional Supplemental Dental \(Dental suplementaria opcional\)](#).

Cuando compras la cobertura OSB, obtienes:

- Deducible de \$0
- 0% Coinsurance
- Beneficio Máximo Anual de \$3,000 solo para servicios de OSB (además de su Beneficio Máximo Anual de \$1500 con su cobertura base)

*cualquier cantidad que supere el beneficio máximo anual es responsabilidad del miembro.

CÓMO COMPRAR EL BENEFICIO DE OSB

Este paquete incluye la solicitud de OSB dental y un sobre de respuesta comercial prepagado. Para inscribirse en el beneficio de OSB:

1. Llene la solicitud en papel y
2. Devuélvalo por correo en un sobre prepagado
3. Esté atento a su carta de confirmación de inscripción dental por correo

También puede llamar al equipo de conserjería al 713-442-2272 (TTY: 711) para obtener ayuda.

Puede agregar la cobertura OSB en cualquier momento del año. El beneficio comenzará el primer día del mes siguiente.

PREGUNTAS FRECUENTES (FAQ)

¿Tengo que pagar por una limpieza regular o un examen de rutina?

No. Cuando usa proveedores dentro de la red, sus limpiezas y exámenes de rutina están cubiertos al 100% de su cobertura básica, incluso si no compra la opción OSB. Las limpiezas preventivas se cubren una vez cada 6 meses. Los exámenes orales periódicos se cubren una vez cada 6 meses, y los exámenes orales completos se cubren anualmente para pacientes nuevos o establecidos.

Una variedad de radiografías se cubren una vez al año.

¿Tengo una tarjeta de identificación separada para mi plan dental?

No. Su tarjeta KelseyCare Advantage funciona tanto para su cobertura médica como dental.

¿Qué pasa si mi dentista quiere que reciba flúor?

El fluoruro tópico no es un beneficio cubierto por la cobertura básica o OSB. Si desea que se le aplique flúor tendrá que pagar el costo del servicio.

Mi dentista dice que mis empastes son viejos y que necesito coronas. ¿Está cubierto?

Su cobertura básica no cubre coronas, pero si compra la opción OSB, su plan cubre una corona por diente cada 60 meses.

¿Cubrimos todas las extracciones o un número determinado?

Su plan básico cubre algunas extracciones hasta la asignación máxima anual. Las extracciones adicionales están cubiertas por el beneficio de OSB.

¿Están cubiertas las dentaduras postizas y los puentes?

Su plan básico no cubre dentaduras postizas ni puentes. Si compra el beneficio de OSB, su plan cubre dentaduras postizas y puentes cada 60 meses.

TÉRMINOS IMPORTANTES

Desembolso máximo anual - la mayor cantidad de dinero que tiene que pagar por los gastos cubiertos en un año del plan

Deducible - la cantidad que podría adeudar durante un período de cobertura (generalmente un año) por los servicios de atención médica que cubre su seguro o plan de salud antes de que su seguro o plan de salud comience a pagar

Examen Oral Limitado vs Examen Oral Completo - Un examen oral limitado es un examen rápido que se enfoca en problemas dentales específicos. Un examen bucal completo es una evaluación exhaustiva de su salud bucal general. Los dentistas realizan exámenes completos en pacientes nuevos para establecer una línea de base para su salud bucal.

Predeterminación - una revisión por parte de su plan para determinar si la cobertura de un servicio específico está disponible. Una predeterminación no es lo mismo que una notificación o una autorización previa. Una predeterminación no es una promesa de pago.

Trabajo dental restaurador - soluciones enfocadas para problemas específicos, que incluyen los siguientes: Empastes: Se utilizan para arreglar caries pequeñas, los empastes actúan como parches para grietas menores.

Coronas (o fundas): Sirven como cascos protectores para los dientes, especialmente en casos de problemas más importantes como un diente roto.

Puentes: Actuando como conectores en la boca, los puentes llenan a la perfección el espacio dejado por un diente faltante.

Implantes: Funcionando como la raíz de un diente plantado, los implantes son la solución preferida para un diente completamente faltante.

Incrustaciones: Especialmente diseñadas para encajar en agujeros pequeños o áreas dañadas de un diente, las incrustaciones se usan cuando un empaste regular se queda corto y no es necesaria una corona completa, apuntando y fijando áreas específicas.

Onlays: Diseñadas para daños más extensos, las onlays cubren partes más grandes de un diente, encajando en las ranuras y envolviendo los bordes. Los dentistas utilizan incrustaciones cuando el daño es significativo pero no lo suficientemente extenso como para una corona completa, abordando porciones más grandes del diente sin una cobertura completa.

2025

COBERTURA DENTAL SUPLEMENTARIA

KelseyCare Advantage (HMO y POS) INSERTO EN LA EVIDENCIA DE COBERTURA 2025 para el plan Core (HMO) (H0332-001) Capítulo 4, Sección 2.2, Beneficios adicionales “suplementarios opcionales” que puede comprar Dental Beneficios Suplementarios Opcionales.

Nuestro plan ofrece algunos beneficios adicionales que no están cubiertos por Medicare Original y que no están incluidos en su paquete de beneficios como miembro del plan. Estos beneficios adicionales se denominan “Beneficios Suplementarios Opcionales”. Si desea estos beneficios complementarios opcionales, debe inscribirse en ellos y tendrá que pagar una prima adicional por ellos. El suplemento opcional los beneficios descritos en esta sección están sujetos al mismo proceso de apelación que cualquier otro beneficio.

Agregar beneficios suplementarios opcionales a su plan

Debe estar inscrito en KelseyCare Advantage Core (HMO) y tener un número de identificación del plan para poder inscribirse en nuestro Plan de Beneficios Suplementarios Opcional. Inscribirse en nuestro Plan de Beneficios Suplementarios Opcionales es opcional y requiere una prima mensual de \$22.50.

No hay período de espera para acceder a los servicios.

Inscribirse en beneficios suplementarios opcionales

Para inscribirse en el Plan de Beneficios Suplementarios Opcional, llame a Servicios para Miembros de KelseyCare Advantage al 713-442-2273 (TTY: 711) para solicitar una solicitud. La inscripción en el Plan de Beneficios Suplementarios Opcionales puede solicitarse en el momento de la inscripción en su plan KelseyCare Advantage o en cualquier momento después de la membresía en el año de beneficios actual. Puede inscribirse en los Beneficios Suplementarios Opcionales proporcionando una solicitud de inscripción en los Beneficios Suplementarios completada durante uno de los siguientes horarios: Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año, para que la cobertura entre en vigencia el 1 de enero del año siguiente, o en cualquier momento durante el año de beneficios actual para que la cobertura comience el primer día del mes siguiente.

Cancelación de la inscripción en el Plan de Beneficios Suplementarios Opcionales

Si desea cancelar su inscripción en nuestro Plan de Beneficios Suplementarios Opcional, puede llamar a Servicio al Cliente al 713-442-2273.

Las solicitudes de cancelación de inscripción del Plan de Beneficios Suplementarios Opcionales recibidas antes del último día del mes entrarán en vigencia el primer día del mes siguiente. Los miembros serán responsables del pago de la prima del Plan de Beneficios Suplementarios Opcionales para el mes siguiente si el la solicitud de cancelación de inscripción se recibe después del último día del mes en curso. La cancelación de la inscripción en nuestro Plan de Beneficios Suplementarios Opcionales no resultará en la cancelación de la inscripción en su plan

de salud.

Se le facturará la prima del primer mes del Plan de Beneficios Suplementarios Opcionales. Si desea cambiar la forma en que paga su prima, deberá comunicarse con Servicios para Miembros de KelseyCare Advantage al 713-442-2273 después de convertirse en miembro.

La falta de pago de las primas de nuestro Plan de Beneficios Suplementarios Opcionales no resultará en la cancelación de la inscripción en su plan de salud. Sin embargo, perderá su Plan de Beneficios Suplementarios Opcionales y regresará al plan de beneficios básico.

Si se da de baja de su plan KelseyCare Advantage, se le cancelará automáticamente la inscripción de su plan de beneficios complementarios opcional.

Si tiene un procedimiento cubierto en curso en el momento de la terminación de su Plan de Beneficios Suplementarios Opcionales, su proveedor completará el procedimiento. Si la cobertura de OSB se detiene o cancela debido a la falta de pago, usted será responsable de los servicios prestados después de la fecha de terminación, a menos que exista otra cobertura. Si cancelamos el contrato de la oficina de su proveedor de red, o si la oficina de su proveedor de red cancela su contrato con nosotros, será nuestra responsabilidad asegurarnos de que reciba sus beneficios en la oficina de otro proveedor de la red.

Reinscripción en los Beneficios Suplementarios Opcionales

Si ha dejado de pagar la prima o ha solicitado dar por terminado sus Beneficios Suplementarios Opcionales, no podrá volver al plan de Beneficios Suplementarios Opcionales hasta el próximo año calendario.

Reembolso de la prima

Los miembros inscritos en nuestro Plan de Beneficios Suplementarios Opcionales tienen una prima mensual del plan y tienen derecho a un reembolso por cualquier sobrepago de las primas del plan realizado durante el transcurso del año o en el momento de la desafiliación. Los sobrepagos de las primas del Plan de Beneficios Suplementarios Opcionales se reembolsarán si se solicita o se cancela la inscripción. Reembolsaremos cualquier pago en exceso dentro de los 30 días hábiles posteriores a la notificación. Podemos aplicar su sobrepago de las primas del plan de beneficios suplementarios opcionales a las primas mensuales de su plan de salud, si las hubiera.

La cobertura del Plan de Beneficios Suplementarios Opcional que se describe a continuación solo se ofrece a los miembros que están inscritos en el Plan Principal (HMO). Si actualmente no está inscrito en el Plan de Beneficios Suplementarios Opcionales y desea tener cobertura adicional, puede llamar a KelseyCare Advantage para obtener más información.

Sujeto a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones especificados en nuestro Prospecto Dental Suplementario Opcional, debe recibir servicios dentales cubiertos de proveedores dentales participantes. Consulte la sección a continuación "Exclusiones" para conocer las exclusiones y limitaciones dentales. Los servicios recibidos de dentistas no participantes no están cubiertos por este plan.

KS Plan Administrators, LLC se ha asociado con el Administrador Dental (Proveedores de Beneficios Dentales/UHC Dental) para proporcionar servicios dentales complementarios opcionales a través de proveedores dentales participantes.

Proveedores de Beneficios Dentales/UHC Dental

El paquete de beneficios suplementarios opcionales de los proveedores de beneficios dentales cubre más allá de lo requerido por Medicare. Este plan tiene una prima mensual de \$22.50. Esto se suma a cualquier prima del plan que pueda tener para su plan Medicare Parte B o Medicare Advantage. Estos beneficios complementarios opcionales incluyen los principales servicios dentales enumerados en la tabla a continuación. El Los beneficios suplementarios opcionales no se pueden combinar con ningún otro beneficio dental que se pueda ofrecer en su plan o cualquier otro plan ofrecido a través de un empleador o sindicato.

Si tiene preguntas adicionales, llame a Dental Benefit Providers/UHC Dental Customer Service al 1-844-298-8569.

Cómo elegir un dentista de la red

Hay varias maneras de encontrar un dentista de la red. Puede visitar yourdentalplan.com/dentistsearch23 y buscar por ubicación o nombre del proveedor. También puede llamar a Dental Benefit Providers/UHC Dental Customer Service al 1-844-298-8569 si necesita que le envíen un Directorio de Proveedores o necesita ayuda para localizar a un dentista participante. El dentista de la red proporcionará la mayoría de los servicios, ya sea directamente o a través de un higienista dental autorizado. Los servicios prestados por un los dentistas especializados de la red no requieren una referencia de su dentista estándar de la red, pero le recomendamos que lo consulte primero. Debe usar un dentista de la red para que los servicios estén cubiertos.

Una vez que haya elegido un dentista de la red, simplemente llame y programe su cita. Dígame al consultorio dental a qué plan de salud pertenece y entregue su tarjeta de identificación de miembro de KelseyCare Advantage en la cita.

La compra de este Plan de Beneficios Suplementarios Opcionales no garantiza que recibirá servicios dentales de ningún dentista en particular. Si está utilizando un dentista de la red, siempre confirme la participación del dentista en la red antes de recibir atención. Si cancelamos el contrato de un dentista de la red, o si un dentista de la red cancela su contrato con nosotros, usted tiene la libertad de elegir otro dentista de la red para su atención.

Solo los servicios dentales enumerados en la Tabla de Proveedor de Beneficios Dentales/ Cobertura Dental de UHC a continuación estarán cubiertos por el plan de Beneficios Suplementarios Opcionales. Usted debe pagar todas las tarifas por servicios no cubiertos al dentista en el momento de los servicios. Es su responsabilidad comprender su cobertura dental y usar sus beneficios dentales de manera adecuada.

Los dentistas de la red pueden pedirle que firme un documento de consentimiento informado en el que se detallan los riesgos, los beneficios dentales, los costos y las alternativas a todos los tratamientos recomendados. En la realización de tratamientos dentales recomendados, los resultados no siempre se pueden predecir con precisión. A veces, un dentista específico de la red debe tomar una decisión sobre la atención continua que sea lo mejor para usted. Después

del procedimiento, es obligación del dentista de la red explicar en detalle por qué se requirieron estos cambios en el tratamiento y explicarle las diferencias en los costos, si las hubiera.

Hacer una cita

Una vez que haya seleccionado un dentista de la red, puede programar una cita llamando directamente a ese consultorio dental. Si tiene alguna pregunta sobre la ubicación de los consultorios, el horario de atención o el horario de emergencia, llame a su consultorio dental seleccionado o llame al Proveedor de Beneficios Dentales/Servicio al Cliente Dental de UHC. Para obtener información sobre otros proveedores dentales de la red en su área, comuníquese con el Proveedor de Beneficios Dentales/Servicio al Cliente Dental de UHC o visite el sitio web mencionado anteriormente.

Proveedor de Beneficios Dentales/Servicios Dentales Cubiertos por el Plan Dental UHC

Los servicios dentales cubiertos están sujetos a las limitaciones y exclusiones descritas en este Prospecto del Plan de Beneficios Suplementarios Opcionales. Los Servicios Dentales descritos en esta sección son Servicios Dentales Cubiertos cuando dichos servicios son:

- Proporcionado por o bajo la dirección de un dentista con licencia u otro proveedor apropiado como se describe específicamente; y
- No se excluye como se describe en este Prospecto del Plan de Beneficios Suplementarios Opcional

Tabla de cobertura del proveedor de beneficios dentales/plan dental UHC:

Usted puede recibir los siguientes servicios dentales:

Los beneficios recibidos fuera de la red no están cubiertos, usted será responsable de todos los costos.

Descripción de la cobertura

Monto de la prima mensual	\$22.50
Deducible anual	\$0
Máximo anual (después de que se agote el máximo anual, los cargos restantes son su responsabilidad)	\$3,000

Porcentaje de los gastos dentales cubiertos pagaderos: Los cargos cubiertos que excedan el deducible anual se pagarán al plan dental KelseyCare Advantage hasta el máximo anual de \$3,000 a las tarifas de coseguro que se indican a continuación:

Descripción del servicio	Tasa de cobertura	Monto que paga
Servicios Principales	50%	50% del costo

CONSULTE LA LISTA DE CÓDIGOS DE PROCEDIMIENTO AL FINAL DE ESTA SECCIÓN EXCLUSIONES.

Los Gastos Cubiertos no incluirán, y no se pagarán beneficios por lo siguiente:

1. Para cualquier tratamiento que sea con fines cosméticos o para corregir malformaciones congénitas, excepto para la atención y el tratamiento médicamente necesarios del labio leporino y paladar hendido congénito.
2. Para reemplazar cualquier aparato protésico, corona, restauración de incrustaciones o incrustaciones, o puentes fijos dentro de los cinco años posteriores a la fecha de la última colocación de estos artículos, a menos que sea necesario debido a una lesión corporal accidental sufrida mientras el Asegurado está cubierto. El reemplazo no está cubierto si el artículo se puede reparar.
3. Para la colocación inicial de cualquier aparato protésico o puente fijo, a menos que dicha colocación sea necesaria debido a la extracción de dientes naturales durante el mismo período de cobertura continua. Pero la extracción de un tercer molar (muela del juicio) no calificará el artículo para el pago. Cualquier aparato de este tipo o puente fijo debe incluir el reemplazo del diente o dientes extraídos. La cobertura no incluye la parte del costo que se aplica específicamente al reemplazo de dientes extraídos antes del período de cobertura.
4. Para la adición de dientes a un aparato protésico existente o puente fijo, a menos que sea para reemplazar dientes naturales extraídos durante el mismo período de cobertura continua.
5. Por cualquier gasto incurrido o procedimiento iniciado antes del período actual de cobertura continua del Asegurado.
6. Por cualquier gasto incurrido o procedimiento iniciado después de que termine el seguro del Asegurado bajo esta sección, excepto por un aparato protésico, puente fijo, corona o restauración de incrustaciones o incrustaciones para las cuales (a) el procedimiento comienza antes de que termine el seguro y (b) el reemplazo final del artículo es dentro de los 90 días posteriores a la finalización del seguro.
7. Para duplicar electrodomésticos o reemplazar electrodomésticos perdidos o robados.
8. Para electrodomésticos, restauraciones o procedimientos para:
 - a. alterar la dimensión vertical;
 - b. restaurar o mantener la oclusión;
 - c. entablillar o reemplazar la estructura dental perdida como resultado de la abrasión o el desgaste; o
 - d. tratar las fracturas de mandíbula o las alteraciones de la articulación temporomandibular.
9. Para educación o capacitación en, y suministros para asesoramiento dietético o nutricional, higiene bucal personal o control de placa dental.

10. Por citas incumplidas o la cumplimentación de formularios de reclamación.
11. Para curetaje subgingival o alisado radicular (procedimiento número 4341) a menos que la presencia de enfermedad periodontal se confirme tanto mediante radiografías como resúmenes de profundidad de bolsa de cada diente involucrado.
12. Debido a una lesión de un asegurado que surja de, o en el curso de, el trabajo por un salario o una ganancia.
13. Por enfermedad, lesión o condición de un Asegurado para la cual él o ella es elegible para beneficios bajo cualquier Ley de Compensación para Trabajadores o ley similar.
14. Por cambios de los que el Asegurado no es responsable o que no se habrían realizado si no hubiera estado en vigor el seguro.
15. Para servicios que no son recomendados por un dentista, que no son necesarios para la atención y el tratamiento necesarios, o que no tienen un pronóstico razonablemente favorable.
16. A causa de la guerra o de cualquier acto de guerra, declarada o no, o mientras se esté en servicio activo a tiempo completo en las fuerzas armadas de cualquier país.
17. A un Asegurado si el pago no es legal en el lugar donde vive el Asegurado cuando se incurre en gastos.
18. Para cualquier servicio relacionado con: equilibrio, registro de mordida o análisis de mordida.
19. Para coronas con el propósito de entablillado periodontal.
20. Por cargos de: aditamentos de precisión o semiprecisión y tratamiento endodóntico asociado; otros accesorios personalizados; o técnicas o caracterizaciones protésicas especializadas.
21. Por los cargos de la terapia miofuncional. Cirugía ortognática o protectores bucales atléticos.
22. Servicios o suministros proporcionados por un miembro de la familia o un miembro del hogar del Asegurado.

Predeterminación de Beneficios: Como un servicio para proteger al Asegurado, el Proveedor de Beneficios Dentales / Plan Dental UHC proporcionará predeterminación de beneficios a solicitud de su dentista participante, para los planes de tratamiento recomendados. Esta predeterminación de los beneficios explica cuáles de los procedimientos recomendados se cubrirán y en qué cantidad. Una predeterminación hace que sea más fácil entender su cobertura. Si tiene preguntas sobre la cobertura, comuníquese con Dental Benefit Providers/UHC Dental Customer Services al 844-298-8569 (TTY: 711).

Es posible que se requiera una revisión clínica.

Presentación de reclamaciones dentales:

ATTN: Claims Department, PO Box 30567, Salt Lake City, UT 84130-0567

Verificación de Reclamaciones:

1-844-298-8569 (línea gratuita)

Determinación, Apelación y Procedimientos de Quejas de la Organización

Si desea presentar una apelación o queja, consulte el proceso de Apelaciones y quejas descrito en la Evidencia de cobertura de su plan.

Registros dentales

Tendremos acceso a sus registros dentales y de tratamiento para determinar beneficios, procesar reclamos, revisión de utilización, control de calidad, auditoría financiera o para cualquier otro propósito razonablemente relacionado con los servicios dentales cubiertos. Deberá completar y enviarnos los consentimientos, liberaciones y otros documentos adicionales que se soliciten para determinar o proporcionar beneficios. Nos reservamos el derecho de rechazar o suspender un reclamo basado en la falta de información o registros dentales de respaldo.

CÓDIGOS DE PROCEDIMIENTO

Código	Descripción del procedimiento (Un Inlay/Onlay por diente por 60 meses)	Frecuencia
D2510	Incrustaciones metálicas - una superficie	1/60 meses
D2520	Incrustaciones metálicas - dos superficies	1/60 meses
D2530	Incrustaciones metálicas: tres o más superficies	1/60 meses
D2543	Onlay-metalizado - tres superficies	1/60 meses
D2544	Onlay-metalizado: cuatro o más superficies	1/60 meses
D2610	Incrustaciones de porcelana/cerámica - una superficie	1/60 meses
D2620	Incrustaciones de porcelana/cerámica - dos superficies	1/60 meses
D2630	Incrustaciones de porcelana/cerámica: tres o más superficies	1/60 meses
D2642	Onlay - porcelana/cerámica - dos superficies	1/60 meses
D2643	Onlay - porcelana/cerámica - tres superficies	1/60 meses
D2644	Onlay - porcelana/cerámica - cuatro o más superficies	1/60 meses
D2650	Incrustación - compuesto a base de resina - una superficie	1/60 meses
D2651	Incrustación - compuesto a base de resina - dos superficies	1/60 meses
D2652	Incrustación - compuesto a base de resina - tres o más superficies	1/60 meses
D2662	Onlay - compuesto a base de resina - dos superficies	1/60 meses
D2663	Onlay - compuesto a base de resina - tres superficies	1/60 meses

D2664	Onlay - compuesto a base de resina - cuatro o más superficies	1/60 meses
Restaurador (Coronas - Restauraciones Individuales) (Una corona por diente cada 60 meses)		
D2710	Corona - compuesto a base de resina (indirecto)	1/60 meses
D2720	Corona - resina con alto metal noble	1/60 meses
D2721	Corona: resina con predominio de metal base	1/60 meses
D2722	Corona - resina con metal noble	1/60 meses
D2740	Corona - sustrato de porcelana/cerámica	1/60 meses
D2750	Corona - porcelana fundida con metal noble	1/60 meses
D2751	Corona: porcelana fusionada con metal base predominantemente	1/60 meses
D2752	Corona - porcelana fundida con metal noble	1/60 meses
D2790	Corona - metal noble alto fundido completo	1/60 meses
D2791	Corona: fundición completa, predominantemente metal base	1/60 meses
D2792	Corona - metal noble fundido completo	1/60 meses
D2920	Corona de cemento	1/60 meses
D2930	Corona prefabricada de acero inoxidable - diente primario	1/60 meses
D2931	Corona prefabricada de acero inoxidable - diente permanente	1/60 meses
D2932	Corona prefabricada de resina	1/60 meses
D2933	Corona prefabricada de acero inoxidable con ventana de resina	1/60 meses
D2950	Construcción del núcleo, incluidas las clavijas cuando sea necesario	1/60 meses
D2951	Retención de pernos por diente, además de la restauración	1/60 meses
D2952	Poste y núcleo además de corona, fabricados indirectamente	1/60 meses
D2954	Poste y núcleo prefabricados además de corona	1/60 meses
D2955	Eliminación posterior	1/60 meses
Endodoncia (endodoncia) (D3110 o D3120, un código cada 60 meses, D3310, D3330 o D3320 un código cada 60 meses)		
D3110	Tapa pulpar directa (excluyendo la restauración final)	1 por diente /60 meses
D3120	Tapón pulpar indirecto (excluida la restauración final)	1 por diente /60 meses
D3220	Pulpotomía terapéutica (excluyendo la restauración final)	1 por diente /60 meses

D3230	Terapia pulpar (relleno reabsorbible) - primario anterior	1 por diente /60 meses
D3240	Terapia pulpar (relleno reabsorbible) - primario posterior	1 por diente /60 meses
D3310	Terapia endodóntica anterior (excluyendo la restauración final)	1 por diente /60 meses
D3320	Terapia endodóntica bicúspide (excluyendo la restauración final)	1 por diente /60 meses
D3330	Terapia endodóntica molar (excluyendo la restauración final)	1 por diente /60 meses
D3351	Apexificación/recalcificación - visita inicial	1 por diente /60 meses
D3352	Apexificación/recalcificación - reemplazo provisional de medicamentos	1 por diente /60 meses
D3353	Apexificación/recalcificación - visita final	1 por diente /60 meses
D3410	Apicectomía anterior	1 por diente /60 meses
D3421	Apicectomía bicúspide (primera raíz)	1 por diente /60 meses
D3425	Apicectomía molar (primera raíz)	1 por diente /60 meses
D3426	Apicectomía (cada raíz adicional)	1 por diente /60 meses
D3430	Relleno retrógrado- por raíz	1 por diente /60 meses
D3450	Amputación de la raíz: por raíz	1 por diente /60 meses
D3460	Implante óseo endodóntico final	1 por diente /60 meses
D3470	Reimplante intencional (incluida la férula necesaria)	1 por diente /60 meses
Periodoncia (se requiere revisión de la historia clínica para todos los códigos de periodoncia)		
D4210	Gingivectomía o gingivoplastia: cuatro o más dientes/ cuadrante	4 cuádruples /36 meses
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia: de uno a tres dientes/ cuadrante	4 cuádruples/36 meses
D4240	Colgajo gingival incl. alisado radicular-cuatro o más dientes/cuadrante	1 por diente/12 meses
D4249	Alargamiento clínico de la corona-tejido duro	1/60 meses
D4260	Cirugía ósea: cuatro o más dientes/cuadrante	4 cuádruples/36 meses
D4261	Cirugía ósea: de uno a tres dientes/cuadrante	4 cuádruples/36 meses
D4263	Injerto de reemplazo óseo: primer sitio en el cuadrante	1/60 meses
D4264	Injerto de reemplazo óseo: cada sitio adicional en el cuadrante	1/60 meses
D4266	Regeneración guiada de tejidos: barrera reabsorbible	1/60 meses
D4267	Regeneración tisular guiada: barrera no reabsorbible	1/60 meses

D4270	Procedimiento de injerto de pedículo de tejido blando	1/60 meses
D4273	Injerto de tejido conectivo subepitelial, por diente	1/60 meses
D4274	Procedimiento de cuña distal o proximal	1/60 meses
D4277	Procedimiento de injerto de tejido blando libre, incluida la cirugía del sitio donante, la posición del primer diente o del diente edéntulo en el injerto	1/60 meses
D4341	alisado radicular cuatro o más dientes por cuádruple	4 cuádruples /24 meses
D4342	cepillado radicular de uno a tres dientes por cuádruple	4 cuádruples/24 meses
D4355	Desbridamiento bucal completo	1/12 Meses
D4910	Mantenimiento periodontal	1/6 Meses
Prostodoncia Removible (dentaduras postizas) (D5110, D5130, D5211 o D5213 un código cada 60 meses, D5120, D5140, D5212 o D5214 un código cada 60 meses)		
D5110	Dentaduras postizas completas-maxilares	1/60 meses
D5120	Dentaduras postizas mandibulares completas	1/60 meses
D5130	Dentadura postiza inmediata-maxilar (en lugar de D5110)	1/60 meses
D5140	Dentadura postiza inmediata mandibular (en lugar de D5120)	1/60 meses
D5211	Prótesis parcial maxilar a base de resina	1/60 meses
D5212	Dentadura parcial mandibular a base de resina	1/60 meses
D5213	Dentadura parcial maxilar: estructura metálica/base de resina	1/60 meses
D5214	Dentadura parcial mandibular: estructura metálica/base de resina	1/60 meses
D5282	Dentadura parcial unilateral removible - metal fundido de una pieza, maxilar	1/60 meses
D5283	Prótesis parcial unilateral removible: metal fundido de una sola pieza, mandibular	1/60 meses
Servicios de Prostodoncia		
D5730	Revestir la dentadura maxilar completa (junto al sillón)	
D5731	Revestir la dentadura mandibular completa (en el sillón)	
D5740	Revestir la dentadura parcial maxilar (en el sillón)	
D5741	Revestir la dentadura parcial mandibular (en el sillón)	
D5750	Repintar la dentadura maxilar completa (laboratorio)	
D5751	Revestir la dentadura mandibular completa (lab)	
D5760	Revestir la dentadura parcial maxilar (laboratorio)	

D5761	Revestir la dentadura parcial mandibular (lab)	
D5863	Sobredentadura - maxilar completo	1/60 meses
D5864	Sobredentadura maxilar parcial	1/60 meses
D5865	Sobredentadura mandibular completa	1/60 meses
D5866	Sobredentadura mandibular parcial	1/60 meses
Servicios de Implantes		
D6010	Colocación quirúrgica del cuerpo del implante: implante endosteal	1/120 Meses
D6040	Colocación quirúrgica: implante eposteal	1/120 Meses
D6050	Colocación quirúrgica: implante transóstico	1/120 Meses
D6058	Corona de porcelana/cerámica con soporte de pilar	1/120 Meses
D6059	Corona de porcelana fundida a metal con soporte de pilar (metal noble alto)	1/120 Meses
D6060	Corona de porcelana fundida a metal con soporte de pilar (predominantemente metal base)	1/120 Meses
D6061	Corona de porcelana fundida a metal (metal noble)	1/120 Meses
D6062	Corona de metal fundido con soporte de pilar (metal de alta nobleza)	1/120 Meses
D6063	Corona de metal fundido soportada por un pilar (predominantemente metal base)	1/120 Meses
D6064	Corona de metal fundido con soporte de pilar (metal noble)	1/120 Meses
D6065	Implantosoportado porcelana/cerámica	1/120 Meses
D6066	Corona de porcelana implantosoportada fundida a metal (titanio, aleación de titanio, metal de alta nobleza)	1/120 Meses
D6067	Corona metálica implantosoportada (titanio, aleación de titanio, metal noble alto)	1/120 Meses
D6068	Retén soportado por pilar para FPD de porcelana/cerámica	1/120 Meses
D6069	Retén soportado por pilar para porcelana fundida con metal FPD-metal noble alto	1/120 Meses
D6070	Retén soportado por pilar para porcelana fundida a metal FPD (predominantemente metal base)	1/120 Meses
D6071	Retén soportado por pilar para porcelana fundida a metal FPD (metal noble)	1/120 Meses
D6072	Retén soportado por pilar para metal fundido FPD (metal de alta nobleza)	1/120 Meses

D6073	Retén soportado por pilar para FPD de metal fundido (predominantemente metal base)	1/120 Meses
D6074	Retén soportado por pilar para FPD de metal fundido (metal noble)	1/120 Meses
D6075	Retenedor implantosoportado para FPD cerámico	1/120 Meses
D6076	Retenedor soportado por implantes para porcelana fundida con metal FPD (titanio, aleación de titanio o metal de alto valor noble)	1/120 Meses
D6077	Retenedor soportado por implantes para FPD de metal fundido (titanio, aleación de titanio o metal noble alto)	1/120 Meses
D6094	Corona apoyada en pilar - (titanio)	1/120 Meses
D6100	Extracción de implantes, por informe	1/120 Meses
D6104	Injerto óseo en el momento de la colocación del implante	1/120 Meses
D6106	Regeneración tisular guiada: barrera reabsorbible, por implante	1/120 Meses
D6107	Regeneración tisular guiada: barrera no reabsorbible, por implante	1/120 Meses
D6110	Dentadura postiza/maxilar removible soportada por implante/pilar	1/60 meses
D6111	Dentadura postiza removible soportada por implante/pilar	1/60 meses
D6194	Corona de retención con soporte de pilar para FPD (titanio)	1/60 meses
Prostodoncia Fija (Puentes)		
D6205	Pontic - compuesto a base de resina indirecta	1/60 meses
D6210	Póntico - metal noble fundido	1/60 meses
D6211	Póntico: fundición predominantemente de metal base	1/60 meses
D6212	Póntico - metal noble fundido	1/60 meses
D6214	Póntico - titanio	1/60 meses
D6240	Póntico - porcelana fundida con metal noble	1/60 meses
D6241	Póntico: porcelana fusionada con metal base predominantemente	1/60 meses
D6242	Póntico - porcelana fundida con metal noble	1/60 meses
D6245	Pontic - porcelana/cerámica	1/60 meses
D6250	Pontic - resina con metal noble	1/60 meses
D6251	Póntico - resina con predominio de metal base	1/60 meses
D6252	Póntico - resina con metal noble	1/60 meses
D6545	Retenedor: metal fundido para prótesis fijas unidas con resina	1/60 meses

D6608	Onlay - porcelana/cerámica - dos superficies	1/60 meses
D6609	Onlay - porcelana/cerámica - tres o más superficies	1/60 meses
D6610	Onlay - fundición de metal noble - dos superficies	1/60 meses
D6611	Onlay - fundición de metal noble - tres o más superficies	1/60 meses
D6612	Onlay - fundición predominantemente de metal base - dos superficies	1/60 meses
D6613	Onlay - fundición predominantemente de metal base - tres+ superficies	1/60 meses
D6614	Onlay - metal noble fundido - dos superficies	1/60 meses
D6615	Onlay - metal noble fundido - tres o más superficies	1/60 meses
D6634	Onlay - titanio	1/60 meses
D6720	Corona - resina con alto metal noble	1/60 meses
D6721	Corona: resina con predominio de metal base	1/60 meses
D6722	Corona - resina con metal noble	1/60 meses
D6740	Corona - porcelana/cerámica	1/60 meses
D6750	Corona - porcelana fundida con metal noble	1/60 meses
D6751	Corona: porcelana fusionada con metal base predominantemente	1/60 meses
D6752	Corona - porcelana fundida con metal noble	1/60 meses
D6780	Corona - 3/4 de metal noble alto fundido	1/60 meses
D6790	Corona - metal noble alto fundido completo	1/60 meses
D6791	Corona: fundición completa, predominantemente metal base	1/60 meses
D6792	Corona - metal noble fundido completo	1/60 meses
D6940	Rompedor de estrés	1/60 meses
Cirugía Oral		
D7220	Extirpación de los tejidos blandos de los dientes impactados	1 por diente por vida
D7230	Extracción de hueso parcial del diente impactado	1 por diente por vida
D7240	Extracción del diente impactado: completamente óseo	1 por diente por vida
D7241	Extracción de diente impactado-completamente óseo-complicaciones	1 por diente por vida
D7250	Extirpación quirúrgica de las raíces residuales	1 por diente por vida
D7272	Trasplante de dientes	1 por diente por vida
D7282	Movilización del diente erupcionado o mal posicionado para ayudar a la erupción	1 por diente por vida

D7290	Reposicionamiento quirúrgico de dientes	1 por diente por vida
D7291	Firiotomía transeptal	1 por diente por vida
D7310	Alveoloplastia en conjunción con extracciones/cuatro + por cuádruple	4 cuádruples por vida
D7311	Alveoloplastia no conjunción con extracciones, de uno a tres dientes o espacios dentales, por cuadrante	4 cuádruples por vida
D7320	Alveoloplastia no conjuntiva con extracciones/cuatro + por cuádruple	4 cuádruples por vida
D7321	Alveoloplastia no conjunción con extracciones, de uno a tres dientes o espacios dentales, por cuadrante	4 cuádruples por vida
D7340	Vestibuloplastia: extensión de la cresta (epitelización secundaria)	4 cuádruples por vida
D7350	Vestibuloplastia: extensión de la cresta (incluidos los injertos de tejidos blandos)	4 cuádruples por vida
D7961	Frenectomía bucal/labial (Frenulectomía)	1 por diente por vida
D7962	Frenectomía lingual (Frenulectomía)	1 por diente por vida
D7970	Escisión de tejido hiperplásico - por arcada	1 por diente por vida
D7971	Extirpación de la encía pericoronar	1 por diente por vida
Anestesia		
D9222	Sedación profunda/anestesia general: primeros 15 minutos	
D9223	Sedación profunda/anestesia general: cada incremento subsiguiente de 15 minutos	
D9239	Sedación intravenosa: primeros 15 minutos	
D9243	Sedación intravenosa: cada incremento subsiguiente de 15 minutos	

Todos los demás códigos que no figuran en la lista no están cubiertos y son responsabilidad del miembro.

Notas

Notas



¿Preguntas? Llame al equipo de conserjería para miembros al 713-442-4878 (TTY: 711).

Del 1 de octubre al 31 de marzo, el horario es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Los servicios de mensajería se utilizan los fines de semana, fuera del horario de atención y los días festivos federales.

KelseyCare Advantage, un producto de KS Plan Administrators, LLC, es un plan HMO y POS Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en KelseyCare Advantage depende de la renovación del contrato. © 2025 Ventaja de KelseyCare.

Todos los derechos reservados.