

ConnectiCare[®]

Beneficios dentales
preventivos e
integrales 2024





Cuide su sonrisa y su salud

Nos complace ofrecer cobertura de punto de servicio (Point-of-Service, POS) dental de calidad a nuestros miembros del plan Medicare Advantage de ConnectiCare. Tener dientes y encías saludables puede ayudar a prevenir determinados riesgos de salud, como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares, causados por la higiene oral deficiente. Por este motivo, ConnectiCare trabaja con Healthplex para ayudar a controlar las necesidades dentales de nuestros miembros. Healthplex cuenta con una amplia red de dentistas y especialistas participantes.

Beneficios dentales preventivos e integrales

Los miembros de los **planes ConnectiCare Choice 1 (HMO-POS), ConnectiCare Flex 2 (HMO-POS) y ConnectiCare Passage 1 (HMO-POS)** pueden adquirir beneficios dentales preventivos e integrales suplementarios opcionales por una prima mensual adicional baja. Hay tres opciones de planes dentales: dos POS y una opción de Indemnización.

Opciones dentales de POS

Prima mensual: \$39 Máximo de beneficios por año calendario: \$2,000 Deducible para el año calendario: \$100	O	Prima mensual: \$49 Máximo de beneficios por año calendario: \$3,000 Deducible para el año calendario: \$100
---	---	---

Los dos planes dentales incluyen los siguientes servicios cubiertos:

SERVICIOS DENTALES PREVENTIVOS	COSTO COMPARTIDO DENTRO DE LA RED PARA MIEMBROS *
Uno cada seis meses: exámenes bucales, limpiezas, aplicaciones de fluoruro, radiografías estándares (radiografía de aleta de mordida) Una cada 36 meses: una serie completa de radiografías (Panorex)	\$0 (no sujeto al deducible por año calendario ni al máximo de beneficios)

SERVICIOS DENTALES INTEGRALES	COSTO COMPARTIDO DENTRO DE LA RED PARA MIEMBROS *
Servicios básicos (servicios de restauración menores): incluye restauraciones (empastes)	20 % después del deducible por año calendario de \$100
Servicios principales (endodoncia, periodoncia y cirugía bucal): incluye coronas; puentes fijos; dentaduras postizas parciales y completas; ajustes de dentaduras postizas; reparaciones de puentes fijos y de dentaduras postizas parciales y completas; recementación de puentes fijos, coronas e incrustaciones; extracciones y cirugía bucal; tratamientos de conducto; implantes; alisado y raspado periodontal; cirugía periodontal y mantenimiento.	50 % después del deducible por año calendario de \$100

*Además de su participación en los costos dentro de la red, usted paga la diferencia entre la asignación fuera de la red y el importe total facturado por el dentista.

Opción dental del plan de Indemnización

Prima mensual: \$69 Máximo de beneficios por año calendario: \$3,500

El plan dental incluye los siguientes servicios cubiertos:

Servicios dentales integrales y preventivos	Costo compartido de los miembros: 50 % del costo por los servicios cubiertos
---	--

El máximo de beneficios es el monto máximo que pagará ConnectiCare por los servicios cubiertos. Usted será responsable de los costos que superen el máximo de beneficios.

Beneficios dentales integrales

Los miembros de los **planes ConnectiCare Choice 3 (HMO-POS)** y **ConnectiCare Flex 3 (HMO-POS)** tienen cobertura dental preventiva incluida como beneficio del plan. Los miembros de estos planes pueden adquirir beneficios dentales integrales suplementarios opcionales por una prima mensual adicional baja. Hay tres opciones de planes dentales: dos POS y una opción de Indemnización.

Opciones dentales de POS

Prima mensual: \$25 Máximo de beneficios por año calendario: \$2,000 Deducible para el año calendario: \$100	O	Prima mensual: \$32 Máximo de beneficios por año calendario: \$3,000 Deducible para el año calendario: \$100
---	---	---

Todos los planes dentales integrales incluyen los siguientes servicios cubiertos.

SERVICIOS DENTALES INTEGRALES	COSTO COMPARTIDO DENTRO DE LA RED PARA MIEMBROS *
Servicios básicos (servicios de restauración menores): incluye restauraciones (empastes)	20 % después del deducible por año calendario de \$100
Servicios principales (endodoncia, periodoncia y cirugía bucal): incluye coronas; puentes fijos; dentaduras postizas parciales y completas; ajustes de dentaduras postizas; reparaciones de puentes fijos y de dentaduras postizas parciales y completas; recementación de puentes fijos, coronas e incrustaciones; extracciones y cirugía bucal; tratamientos de conducto; implantes; alisado y raspado periodontal; cirugía periodontal y mantenimiento.	50 % después del deducible por año calendario de \$100

*Además de su participación en los costos dentro de la red, usted paga la diferencia entre la asignación fuera de la red y el importe total facturado por el dentista.

Opción dental del plan de Indemnización

Prima mensual: \$69 Máximo de beneficios por año calendario: \$3,500

El plan dental incluye los siguientes servicios cubiertos:

Servicios dentales integrales y preventivos	Costo compartido de los miembros: 50 % del costo por los servicios cubiertos
---	--

El máximo de beneficios es el monto máximo que pagará ConnectiCare por los servicios cubiertos. Usted será responsable de los costos que superen el máximo de beneficios.

Inscripción en un plan dental opcional de ConnectiCare

Como miembro de ConnectiCare, usted puede:

- Inscribirse en un plan dental opcional en cualquier momento durante el año calendario.
- Renunciar a un plan dental opcional en cualquier momento durante el año calendario.
- Cambiarse a otro plan dental opcional desde el 15 de octubre de 2023 hasta el 31 de diciembre de 2023.*
- Mejorar su plan dental opcional del 1 de enero de 2024 al 31 de marzo de 2024.*

*Nota: Si posteriormente cancela su inscripción en el plan dental opcional, solo se puede volver a inscribir en ese plan dental. No puede cambiarse a otro plan dental.

Los servicios proporcionados por un dentista fuera de la red serán reembolsados según los beneficios del plan hasta la asignación fuera de la red. Los dentistas pueden saldar la factura hasta el importe facturado.

Preguntas y respuestas sobre beneficios dentales 2024

P: ¿Cómo puedo optimizar mis beneficios dentales POS con mi plan Medicare Advantage de ConnectiCare?

R: Use los beneficios dentales POS dentro de la red que le otorgan un beneficio máximo de hasta \$3,000 cada año.

P: ¿Cuánto debo pagar si busco un proveedor fuera de la red para recibir servicios dentales POS? ¿Me costará más?

R: Todos los dentistas deben ser **proveedores aprobados por Medicare**. Puede ser más caro. Siempre aprovechará el máximo de beneficios si permanece dentro de la red. Los servicios proporcionados por un dentista fuera de la red serán reembolsados según el beneficio del plan hasta la asignación fuera de la red. Además de su deducible y/o el importe de los costos compartidos, usted será responsable de pagar la diferencia entre la asignación fuera de la red y el importe total facturado por un dentista que no participa de la red.

P: ¿Tiene una red el plan de Indemnización?

R: Todos los dentistas deben ser **proveedores aprobados por Medicare**, aunque no haya una red definida para el plan de Indemnización. El plan de Indemnización le brinda la mayor flexibilidad cuando se trata de elegir a su dentista. Puede visitar a cualquier dentista matriculado y le reembolsaremos el 50 % de los costos de cualquier servicio dental que haya pagado, hasta el máximo anual del plan de \$3,500.

P: ¿Cómo funciona la facturación?

R: Todos los dentistas deben facturar a ConnectiCare directamente usando la dirección que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Es posible que le pidan que pague su factura directamente a su dentista y luego puede solicitar fácilmente un reembolso de nuestra parte. Si paga la factura en el momento en que se brinda el servicio, asegúrese de obtener un comprobante de pago. Envíe una copia del comprobante de pago y un formulario de reembolso por servicios dentales completo a la dirección que figura en el reverso del formulario de reembolso o puede llamarnos y le enviaremos el formulario.

Le recomendamos que conserve siempre una copia de todos los documentos para tener un registro. Debe enviarnos su reclamación en un plazo de 12 meses a partir de la fecha de servicio.

En la tabla a continuación se enumeran ejemplos de asignaciones fuera de la red para todos los planes ConnectiCare HMO-POS con cláusulas dentales POS adicionales.

Código dental	Procedimientos	Asignación fuera de la red
Servicios de diagnóstico/preventivos		
D0120	Evaluación bucal periódica – paciente establecido	\$40.00
D0140	Evaluación bucal limitada – focalizada en un problema	\$45.60
D0150	Evaluación bucal integral – paciente nuevo o establecido	\$60.00
D0180	Evaluación periodontal integral	\$100.00
D9310	Consulta – servicios diagnósticos	\$16.15
D0210	Intrabucal – serie completa de radiografías	\$106.00
D0277	Aleta de mordida vertical – 7 a 8 radiografías	\$72.00
Servicios de restauración		
D2140	Amalgama – 1 superficie, diente primario o permanente	\$75.20
D2150	Amalgama – 2 superficies, diente primario o permanente	\$96.80
D2330	Compuesto a base de resina – 1 superficie, diente incisivo	\$84.80
D2331	Compuesto a base de resina – 2 superficies, diente incisivo	\$107.20
Coronas y puentes		
D2643	Recubrimiento (porcelana/cerámica) – 3 superficies	\$295.00
D2750	Corona – porcelana fundida sobre metal noble	\$472.50
D2783	Corona – 3/4 porcelana/cerámica	\$449.50
D2792	Corona – recubrimiento total con metal noble	\$449.50
D2931	Corona de acero inoxidable prefabricada, diente permanente	\$102.50
D6740	Corona – porcelana/cerámica	\$452.50
Endodoncia		
D3310	Conducto radicular en dientes anteriores – diente permanente (excepto restauración final)	\$566.77
D3320	Tratamiento de conducto – diente premolar (excepto restauración final)	\$638.97
D3330	Tratamiento de conducto – diente molar (excepto restauración final)	\$638.97
Periodoncia		
D4210	Gingivectomía o gingivoplastia – 4 o más dientes contiguos o espacios dentales vecinos por cuadrante	\$45.13
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia – 1 a 3 dientes contiguos o espacios dentales vecinos por cuadrante	\$45.13
D4278	Procedimiento de injerto de tejido blando libre (incluye sitios quirúrgicos donantes y receptores), cada diente contiguo adicional, posición del diente para implante o edéntula (faltante) en el mismo lugar del injerto	\$665.00

Código dental	Procedimientos	Asignación fuera de la red
Prótesis (incluye reparaciones)		
D5110	Dentadura postiza superior completa	\$622.50
D5120	Dentadura postiza inferior completa	\$622.50
D5130	Dentadura postiza superior completa inmediata	\$622.50
D5140	Dentadura postiza inferior completa inmediata	\$622.50
D5211	Prótesis dental superior parcial – base de resina (incluye materiales de retención/fijación, soporte y dientes)	\$412.50
D5212	Prótesis dental inferior parcial – base de resina (incluye materiales de retención/fijación, soporte y dientes)	\$625.00
D5640	Reemplazo de dientes rotos – por diente	\$69.50
Prótesis con apoyo de pilares/implante		
D6010	Colocación quirúrgica del cuerpo del implante – implante endosteal	\$947.63
D6056	Pilar prefabricado – incluye colocación	\$134.43
Cirugía bucal y maxilofacial		
D7111	Extracción, residuos de coronas – diente primario	\$35.91
D7140	Extracción, diente erupcionado o diente expuesto (elevación y/o remoción con pinzas de extracción)	\$57.00
D7210	Extracción quirúrgica de diente erupcionado que requiere la remoción de hueso y/o seccionar el diente, e incluye la elevación del colgajo mucoperióstico, si se indica	\$92.50
Emergencia/Anestesia		
D9110	Tratamiento paliativo (de emergencia) del dolor dental	\$122.80
D9222	Sedación profunda/anestesia general – primeros 15 minutos	\$38.50

Tenga en cuenta lo siguiente: Los servicios proporcionados por un dentista fuera de la red serán reembolsados según el beneficio del plan hasta la asignación fuera de la red. Además de su deducible y/o el importe de los costos compartidos, usted será responsable de pagar la diferencia entre la asignación fuera de la red y el importe total facturado por un dentista que no participa de la red.

Para obtener más información, llame al **877-224-8220** (TTY: **711**). Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., o visite nuestro sitio web en **connecticare.com/medicaerdental**.



ConnectiCare, Inc. es un plan HMO-POS que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en ConnectiCare depende de la renovación del contrato. Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros del plan, excepto en casos de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio de Atención al Cliente o consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluso sobre la participación en los costos que se aplican a los servicios fuera de la red, ©2023 ConnectiCare, Inc. & Affiliates.