2023

Enero 1 - Diciembre 31

Programa de Beneficios Dentales

LEON HEALTH

Leon Health es un plan HMO que tiene contrato con Medicare.
Inscribirse en Leon Health, Inc. depende de que se renueve el contrato.

H4286_DENTALBENEFIT2023S_M

Programa de Beneficio Dental 2023

Este documento describe sus beneficios y servicios dentales cubiertos. Es posible que algunos servicios estén limitados o excluidos. Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios dentales o si necesita buscar un dentista de la red, visite www.leonhealth.com o llame al 1-844-969-5366 para Servicios a los Miembros

Deducible

Este plan dental no tiene ningún deducible.

Máximo anual

Hay un b**eneficio máximo de $5,000** en los planes MediExtra y MediDual.

Hay un **beneficio máximo de $4,000** en el plan MediMore.

Estas son las sumas máximas de dinero que los planes dentales cubren de su atención dental.

Usted es el responsable de pagar todos los costos que superen la suma máxima anual.

Beneficios dentales

Los copagos que se indican en la tabla de abajo se aplican únicamente cuando usted recibe tratamiento de un dentista general o un especialista dental que pertenece a nuestra red. Si recibe un servicio que no está incluido en el programa de beneficios, o de un dentista u otro proveedor que no pertenece a nuestra red, tendrá que pagar el costo total.

Es recomendable que converse sobre todas las opciones de tratamiento con su dentista de la red y que solicite un plan de tratamiento escrito antes de recibir atención dental.

Código	Descripción	Limitación	Usted paga
Exámenes, radiografías y pruebas (de diagnóstico)			
D0120	Evaluación bucal periódica	1 por año	$0
D0140	Evaluación bucal limitada – Concentrada en un problema	1 por año	$0
D0150	Evaluación bucal completa – Paciente nuevo o establecido	1 por año	$0
D0160	Evaluación bucal detallada y completa – Concentrada en un problema, según informe	1 cada 6 meses	$0
D0170	Revaluación – Limitada, concentrada en un problema (paciente establecido; no visita posoperatoria)	1 cada 6 meses	$0
D0171	Revaluación – Visita al consultorio posoperatoria		$0
D0180	Evaluación periodontal completa – Paciente nuevo o establecido	1 cada 3 años	$0
D0210	Intrabucal – Serie completa de imágenes radiográficas	1 por año	$0
D0220	Intrabucal periapical – Primera imagen radiográfica	1 por año	$0
D0230	Intrabucal periapical – Cada imagen radiográfica adicional	1 por año	$0
D0240	Intrabucal oclusal – Imagen radiográfica	1 cada 6 meses	$0
D0270	Aleta de mordida – Una sola imagen radiográfica	1 cada 6 meses	$0
D0272	Aletas de mordida – Dos imágenes radiográficas	1 cada 6 meses	$0
D0273	Aletas de mordida – Tres imágenes radiográficas	1 cada 6 meses	$0
D0274	Aletas de mordida – Cuatro imágenes radiográficas	1 por año	$0
D0277	Aletas de mordida verticales – 7 a 8 imágenes radiográficas	1 por año	$0
D0330	Imagen radiográfica panorámica	1 por año	$0
D0365	Captura e interpretación de tomografía computarizada de haz de cono con campo de visión de un arco dental completo – Maxilar inferior		$0
D0460	Exámenes de la vitalidad de la pulpa	3 cada 2 años	$0
D0601	Evaluación de riesgo de caries, bajo riesgo	1 cada 3 años	$0
D0602	Evaluación de riesgo de caries, riesgo moderado	1 cada 3 años	$0

Código	Descripción	Limitación	Usted paga
D0603	Evaluación de riesgo de caries, riesgo alto	1 cada 3 años	$0
Limpiezas (preventivas)			
D1110	Profilaxis (limpieza de rutina) – Adulto	1 cada 6 meses	$0
D1204	Aplicación tópica de flúor – Adulto	1 por año	$0
D1330	Instrucciones para la higiene bucal		$0
D1310	Asesoramiento nutricional para el control de enfermedades dentales	1 por año	$0
Empastes (restauración)			
D2140	Amalgama – Una cara, piezas dentales primarias o permanentes		$0
D2150	Amalgama – Dos caras, piezas dentales primarias o permanentes		$0
D2160	Amalgama – Tres caras, piezas dentales primarias o permanentes		$0
D2161	Amalgama – Cuatro o más caras, piezas dentales primarias o permanentes		$0
D2330	Composite de resina – Una cara, anterior		$0
D2331	Composite de resina – Dos caras, anterior		$0
D2332	Composite de resina – Tres caras, anterior		$0
D2335	Composite de resina – Cuatro o más caras o que involucre el ángulo incisal (anterior)		$0
D2390	Corona de composite de resina, anterior		$0
D2391	Composite de resina – Una cara, posterior		$0
D2392	Composite de resina – Dos caras, posterior		$0
D2393	Composite de resina – Tres caras, posterior		$0
D2394	Composite de resina – Cuatro o más caras, posterior		$0
D2710	Corona – Composite de resina (indirecta)		$0
D2712	Corona – ¾ de composite de resina (indirecta)		$0
D2720	Corona – Resina con metal muy noble		$0
D2721	Corona – Resina con metal predominantemente base		$0

Código	Descripción	Limitación	Usted paga
D2722	Corona – Resina con metal noble		$0
D2740	Corona – Sustrato de porcelana/cerámica		$0
D2750	Corona – Porcelana fundida con metal muy noble		$0
D2751	Corona – Porcelana fundida con metal predominantemente base		$0
D2752	Corona – Porcelana fundida con metal noble		$0
D2753	Corona – Porcelana fundida con titanio y aleación de titanio		$0
D2780	Corona – % de metal moldeado muy noble		$0
D2781	Corona – % de metal moldeado predominantemente base		$0
D2782	Corona – Completa de metal moldeado noble		$0
D2783	Corona – Completa de porcelana/cerámica		$0
D2790	Corona – Completa de metal moldeado muy noble		$0
D2791	Corona – % de metal moldeado predominantemente base		$0
D2792	Corona – % de metal moldeado noble		$0
D2794	Corona – Titanio		$0
D2799	Corona provisoria – Tratamiento adicional o finalización del diagnóstico necesario antes de la impresión final		$0
D2920	Recementado o readhesión de corona		$0
D2940	Restauración protectora		$0
D2950	Reconstrucción de muñón, incluidos los pernos que se requieran		$0
D2951	Retención de pernos – Por pieza dental, además de la restauración		$0
D2952	Perno y muñón además de la corona, fabricados indirectamente		$0
D2953	Cada perno adicional fabricado indirectamente – Misma pieza dental		$0
D2954	Perno y muñón prefabricado en adición a la corona		$0
D2955	Extracción de perno (cuando no se hace junto con un tratamiento de endodoncia)		$0

Código	Descripción	Limitación	Usted paga
D2957	Cada perno adicional prefabricado – Misma pieza dental		$0
D2971	Procedimientos adicionales para armar una nueva corona debajo de un marco de dentadura postiza parcial existente		$0
Tratamientos de conductos (Endodoncia)			
D3110	Recubrimiento pulpar – Directo (sin incluir restauración definitiva)		$0
D3120	Recubrimiento pulpar – Indirecto (sin incluir restauración definitiva)		$0
D3220	Pulpotomía terapéutica (sin incluir restauración definitiva)		$0
D3221	Desbridamiento pulpar, piezas dentales primarias y permanentes		$0
D3310	Tratamiento de endodoncia, pieza dental anterior (sin incluir restauración definitiva)		$0
D3320	Tratamiento de endodoncia, premolar (sin incluir restauración definitiva)		$0
D3331	Tratamiento de la obstrucción del conducto; acceso no quirúrgico		$0
D3332	Tratamiento de endodoncia incompleto – Pieza dental inoperable, irrestaurable o fracturada		$0
D3333	Reparación interna de defectos de perforación de la raíz		$0
D3351	Apexificación/recalcificación – Visita inicial (cierre del ápice/reparación cálcica de perforaciones, reabsorción de la raíz, etc.)		$0
D3352	Apexificación/recalcificación – Visita intermedia con reemplazo de medicamentos		$0
D3353	Apexificación/recalcificación – Visita final (incluye tratamiento de conducto completo – cierre del ápice/reparación cálcica de perforaciones, reabsorción de la raíz, etc.)		$0
D3410	Apicectomía – Piezas dentales anteriores		$0
D3421	Apicectomía – Premolares (primera raíz)		
D3425	Apicectomía – Molares (primera raíz)		$0
D3426	Apicectomía (cada raíz adicional)		$0
D3427	Cirugía perirradicular sin apicectomía		$0
D3430	Empaste retrógrado – Por raíz		$0

Código	Descripción	Limitación	Usted paga
D3450	Amputación radicular – Por raíz		$0
D3920	Hemisección (incluida la extracción radicular), sin incluir el tratamiento de conducto		$0
D3999	Procedimiento de endodoncia inespecífico, según informe		$0
Tratamiento de las encías y los huesos (periodoncia)			
D4210	Gingivectomía o gingivoplastia – Cuatro o más piezas dentales contiguas o espacios dentales consecutivos, por cuadrante	1 cada 6 meses	$0
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia – Una a tres piezas dentales contiguas o espacios dentales consecutivos, por cuadrante	1 cada 6 meses	$0
D4341	Remoción del sarro y alisado radicular periodontal – Cuatro o más piezas dentales por cuadrante	1 cada 6 meses	$0
D4342	Remoción del sarro y alisado radicular periodontal – Una a tres piezas dentales por cuadrante	1 cada 6 meses	$0
D4346	Remoción del sarro en presencia de inflamación gingival moderada o severa generalizada – Boca completa, después de evaluación bucal	1 cada 6 meses	$0
D4355	Desbridamiento de boca completa para permitir la evaluación completa y el diagnóstico	1 cada 6 meses	$0
D4910	Mantenimiento periodontal	1 cada 6 meses	$0
D4921	Irrigación gingival – Por cuadrante	1 cada 6 meses	$0
Dentaduras postizas (prótesis dentales removibles)			
D5110	Dentadura postiza completa – Superior	1 juego de cualquier combinación de dentaduras postizas completas/ parciales superiores e inferiores cada 5 años	$0
D5120	Dentadura postiza completa – Inferior	1 juego de cualquier combinación de dentaduras postizas completas/ parciales superiores e inferiores cada 5 años	$0

Código	Descripción	Limitación	Usted paga
Dentaduras postizas (prótesis dentales removibles)			
D5130	Dentadura postiza inmediata – Superior	1 juego de cualquier combinación de dentaduras postizas completas/ parciales superiores e inferiores cada 5 años	$0
D5140	Dentadura postiza inmediata – Inferior	1 juego de cualquier combinación de dentaduras postizas completas/ parciales superiores e inferiores cada 5 años	$0
D5211	Dentadura postiza parcial superior – Base de resina (incluye materiales de retención/ enganche, soportes y piezas dentales)	1 juego de cualquier combinación de dentaduras postizas completas/ parciales superiores e inferiores cada 5 años	$0
D5212	Dentadura postiza parcial inferior – Base de resina (incluye materiales de retención/ enganche, soportes y piezas dentales)	1 juego de cualquier combinación de dentaduras postizas completas/ parciales superiores e inferiores cada 5 años	$0
D5213	Dentadura postiza parcial superior – Marco de metal moldeado con bases de resina (incluye ganchos, soportes y piezas dentales convencionales)	1 juego de cualquier combinación de dentaduras postizas completas/ parciales superiores e inferiores cada 5 años	$0

Código	Descripción	Limitación	Usted paga
Dentaduras postizas (prótesis dentales removibles)			
D5214	Dentadura postiza parcial inferior – Marco de metal moldeado con bases de resina (incluye ganchos, soportes y piezas dentales convencionales)	1 juego de cualquier combinación de dentaduras postizas completas/ parciales superiores e inferiores cada 5 años	$0
D5410	Ajuste de dentadura postiza completa superior		$0
D5411	Ajuste de dentadura postiza completa inferior		$0
D5421	Ajuste de dentadura postiza parcial superior		$0
D5422	Ajuste de dentadura postiza parcial inferior		$0
D5510	Reparación de base de dentadura postiza completa rota		$0
D5511	Reparación de base de dentadura postiza completa rota, inferior		$0
D5512	Reparación de base de dentadura postiza completa rota, superior		$0
D5520	Reemplazo de piezas dentales faltantes o fracturadas – Dentadura postiza completa (cada pieza dental)		$0
D5610	Reparación de base de resina de dentadura postiza		$0
D5611	Reparación de base de resina de dentadura postiza parcial, inferior		$0
D5612	Reparación de base de resina de dentadura postiza parcial, superior		$0
D5620	Reparación de marco moldeado		$0
D5621	Reparación de marco moldeado parcial, inferior		$0
D5622	Reparación de marco moldeado parcial, superior		$0
D5630	Reparación o reemplazo de un gancho roto – Por pieza dental		$0
D5640	Reemplazo de piezas dentales fracturadas – Por pieza dental		$0
D5650	Adición de una pieza dental a una dentadura postiza parcial existente		$0

Código	Descripción	Limitación	Usted paga
D5660	Adición de un gancho a una dentadura postiza parcial existente – Por pieza dental		$0
D5670	Reemplazo de todas las piezas dentales y acrílico sobre marco de metal moldeado (superior)		$0
D5671	Reemplazo de todas las piezas dentales y acrílico sobre marco de metal moldeado (inferior)		$0
D5710	Rebasado de dentadura postiza completa superior		$0
D5711	Rebasado de dentadura postiza completa inferior		$0
D5720	Rebasado de dentadura postiza parcial superior		$0
D5721	Rebasado de dentadura postiza parcial inferior		$0
D5730	Recapado de dentadura postiza completa superior (en el consultorio)		$0
D5731	Recapado de dentadura postiza completa inferior (en el consultorio)		$0
D5740	Recapado de dentadura postiza parcial superior (en el consultorio)		$0
D5741	Recapado de dentadura postiza parcial inferior (en el consultorio)		$0
D5750	Recapado de dentadura postiza completa superior (en el laboratorio)		$0
D5751	Recapado de dentadura postiza completa inferior (en el laboratorio)		$0
D5760	Recapado de dentadura postiza parcial superior (en el laboratorio)		$0
D5761	Recapado de dentadura postiza parcial inferior (en el laboratorio)		$0
D5850	Acondicionamiento tisular, superior		$0
D5851	Acondicionamiento tisular, inferior		$0
D5867	Reemplazo de pieza reemplazable de atache de semiprecisión (componente macho o hembra)		$0
D5875	Modificación de prótesis removible después de una cirugía de implante		$0
D5899	Procedimiento de prótesis dental removible inespecífico, según informe		$0
Implantes dentales (servicios de implante) Únicamente como apoyo para dentadura postiza completa inferior en un arco inferior completamente desdentado. No incluye membranas ni reemplazos o injertos óseos.			
D6010	Colocación quirúrgica de cuerpo de implante: implante intraóseo		$0

Código	Descripción	Limitación	Usted paga
D6020	Colocación o reemplazo de pilar: implante intraóseo		$0
D6052	Pilar de suplemento de semiprecisión		$0
D6058	Corona de porcelana/cerámica apoyada en pilar		$0
D6059	Corona de porcelana fundida con metal muy noble apoyada en pilar		$0
D6060	Corona de porcelana fundida con metal base apoyada en pilar		$0
D6061	Corona de porcelana fundida con metal noble apoyada en pilar		$0
D6062	Corona de metal moldeado muy noble apoyada en pilar		$0
D6063	Corona de metal moldeado base apoyada en pilar		$0
D6064	Corona de metal moldeado noble apoyada en pilar		$0
D6081	Remoción de sarro y desbridamiento en presencia de inflamación o mucositis de un único implante		$0
D6085	Corona provisoria para implante		$0
D6111	Dentadura postiza removible apoyada en implante/pilar para arco desdentado – Inferior		
Coronas y pónticos (prótesis dentales fijas)			
D6210	Póntico – Metal moldeado muy noble		$0
D6211	Póntico – Metal moldeado predominantemente base		$0
D6212	Póntico – Metal moldeado noble		$0
D6214	Póntico – Titanio		$0
D6240	Póntico – Porcelana fundida con metal muy noble		$0
D6241	Póntico – Porcelana fundida con metal predominantemente base		$0
D6242	Póntico – Porcelana fundida con metal noble		$0
D6243	Póntico – Porcelana fundida con titanio y aleación de titanio		$0
D6245	Póntico – Porcelana/cerámica		$0
D6250	Póntico – Resina con metal muy noble		$0
D6251	Póntico – Resina con metal predominantemente base		$0

Código	Descripción	Limitación	Usted paga
D6252	Póntico – Resina con metal noble		$0
D6720	Corona – Resina con metal muy noble		
D6721	Corona – Resina con metal predominantemente base		$0
D6722	Corona – Resina con metal noble		$0
D6740	Corona retenedora – Porcelana/cerámica		$0
D6750	Corona retenedora – Porcelana fundida con metal muy noble		$0
D6751	Corona retenedora – Porcelana fundida con metal predominantemente base		$0
D6752	Corona – Porcelana fundida con metal noble		$0
D6753	Corona retenedora – Porcelana fundida con titanio y aleación de titanio		$0
D6780	Corona – % de metal moldeado muy noble		$0
D6781	Corona – % de metal moldeado predominante-mente base		$0
D6782	Corona – % de metal moldeado fundido con metal noble		$0
D6783	Corona – % de porcelana/cerámica		$0
D6784	Corona retenedora – % de titanio y aleación de titanio		$0
D6790	Corona – Completa de metal moldeado muy noble		$0
D6791	Corona – Completa de metal moldeado predominantemente base		$0
D6792	Corona – Completa de metal moldeado noble		$0
D6794	Corona retenedora – Titanio		$0
D6930	Recementado o readhesión de dentadura postiza parcial fija		$0
D6940	Rompefuerza		$0
D6999	Procedimiento de prótesis fija inespecífico, según informe		$0
Extracciones y remociones (cirugía bucal y maxilofacial)			
D7140	Extracción de pieza dental erupcionada o raíz expuesta (elevación y/o extracción con fórceps)		$0

Código	Descripción	Limitación	Usted paga
D7210	Extracción de pieza dental erupcionada que requiere extracción del hueso y/o seccionamiento de la pieza dental, e incluida la elevación del colgajo mucoperióstico si se indica		$0
D7220	Extracción de pieza dental impactada - Tejido blando		$0
D7230	Extracción de pieza dental impactada - Parcialmente ósea		$0
D7240	Extracción de pieza dental impactada - Completamente ósea		$0
D7241	Extracción de pieza dental impactada - Completamente ósea, con complicaciones quirúrgicas inusuales		$0
D7250	Extracción quirúrgica de raíces de dientes residuales (procedimiento con incisión)		$0
D7251	Coronectomía - Extracción intencional parcial de pieza dental		$0
D7260	Cierre de fístula oroantral		$0
D7261	Cierre primario de perforación sinusal		$0
D7270	Reimplante de diente y/o estabilización de diente avulsionado o desplazado accidentalmente		$0
D7280	Diente expuesto o no erupcionado		$0
D7286	Biopsia incisional de tejido bucal - blando		$0
D7287	Recolección de muestra para citología exfoliativa		$0
D7310	Alveoloplastia conjuntamente con extracciones - Cuatro o más piezas dentales o espacios por cuadrante		$0
D7311	Alveoloplastia junto con extracciones – De uno a tres dientes o espacios de dientes por cuadrante		$0
D7320	Alveoloplastia no conjuntamente con extracciones - Cuatro o más piezas dentales o espacios por cuadrante		$0
D7321	Alveoloplastia no junto con extracciones – De uno a tres dientes o espacios de dientes por cuadrante		$0
D7410	Escisión de lesión benigna, hasta 1.25 cm		$0
D7450	Extracción de un quiste o tumor odontogénico benigno – Diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm		$0
D7471	Extracción de exostosis – Por sitio		$0

Código	Descripción	Limitación	Usted paga
D7472	Extracción del rodete palatino		$0
D7473	Extracción del rodete mandibular		$0
D7510	Incisión y drenaje de absceso – Tejido blando intrabucal		$0
D7511	Incisión y drenaje de absceso – tejido blando intrabucal – complicado (se incluye el drenaje de varios espacios fasciales)		$0
D7520	Incisión y drenaje de absceso – Tejido blando extrabucal		$0
D7970	Escisión de tejido hiperplásico – Por arco		$0
D9310	Consulta – Servicio de diagnóstico brindado por un dentista o médico que no es el que solicita el tratamiento		$0
D9940	Protección oclusal, según informe		$0

Servicios no cubiertos

El plan no cubre los siguientes servicios:

- Servicios dentales no incluidos en este Programa de beneficios
- Servicios dentales recibidos de un dentista fuera de la red
- Servicios o artículos incluidos en la sección de Exclusiones o servicios dentales que superen las limitaciones de frecuencia

Usted es responsable de todos los cargos relacionados con cualquier servicio excluido. Además, debe pagar los costos de cualquier servicio recibido que supere los límites especificados.

EXCLUSIONES

- Cirugía bucal que requiera la reducción de fracturas o dislocaciones.
- Cualquier tratamiento que no pueda realizarse debido a la salud general y a límites físicos del miembro elegible, según lo indicado por el médico personal o el dentista de dicho miembro.
- Cualquier procedimiento dental que se considere experimental.
- Cualquier tratamiento pagado por una ley de accidentes de trabajo o de responsabilidad del empleador, o por una agencia gubernamental federal o estatal, o por otra cobertura de seguro que tenga el miembro. Cualquier tratamiento proporcionado sin costo por cualquier municipalidad, condado u otra subdivisión política.
- La administración de anestesia general.
- Cualquier servicio de cuidado dental proporcionado por un dentista general o especialista

no participante.

- Servicios que sean consecuencia de cualquier acto de guerra, declarada o no declarada, o de servicios militares.
- El dentista tendrá derecho a negarse a brindar tratamiento a un miembro que no cumpla con un tratamiento recetado.
- Cualquier tratamiento dental que comience y/o se complete antes de la fecha en que el miembro haya empezado a cumplir con los requisitos para recibir beneficios dentales, incluidos, a modo de ejemplo, preparación de piezas dentales para coronas, tratamientos de conductos en curso e implantes dentales.
- Cualquier servicio relacionado con implantes dentales no colocados originalmente por un proveedor participante de Leon Medical Centers.
- Todas las tarifas relacionadas con la admisión, el uso o las estadías en un hospital, centro quirúrgico para pacientes ambulatorios u otro centro de cuidados similar.
- Restauraciones colocadas solo por razones estéticas.
- D4381 – Administración localizada de agentes antimicrobianos.
- Extracciones de piezas dentales asintomáticas que no muestran ningún signo de infección, incluida, a modo de ejemplo, la extracción de terceros molares.
- Tratamiento o extracción de piezas dentales primarias no infectadas, cuando es inminente que se caigan naturalmente.
- Lesión accidental definida como un daño al tejido duro y blando de la cavidad bucal como resultado de fuerzas externas a la boca.
- Exámenes o consultas por beneficios no cubiertos y procedimientos fuera de la red.
- Procedimientos y/o servicios ortodóncicos en general.
- Fabricación de D5225 y D5226 (dentaduras postizas parciales de base flexible) o servicios relacionados con esas prótesis.
- El Programa de beneficios es válido en los centros dentales de Leon Medical Centers y los consultorios dentales de especialistas contratados únicamente.
- but not limited to the removal of third molars.
- Cualquier procedimiento que, según la opinión profesional del dentista o especialista participante: 1) tiene pocas probabilidades de éxito por el estado de la o las piezas dentales y/o los implantes o las estructuras que los rodean, 2) contradice los estándares generalmente aceptados de odontología.

Leon Health es un plan HMO que tiene contrato con Medicare. Inscribirse en Leon Health Plans, Inc. depende de que se renueve el contrato. ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you.
Call 1-844-969-5366 (TTY:711). Leon Health Plans, Inc. cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina basándose en la raza, color de la piel, país de origen, edad, discapacidad o sexo.

LEON
HEALTH