

Plan PPO de California Family Dental

Este resumen de beneficios, junto con las exclusiones y limitaciones, describe los beneficios de la Póliza de California Family Dental PPO. Revise en detalle para comprender todos los beneficios, exclusiones y limitaciones. Los montos de Costo compartido del miembro describen los costos en efectivo del Afiliado.

Beneficio de salud esencial SOLO para niños*	Costo compartido del miembro En la red	Porcentaje cubierto En la red	Costo compartido del miembro fuera de la red**	Porcentaje cubierto fuera de la red**
Clase I/Preventivo: limpiezas, exámenes, fluoruro, selladores, separadores, dolor de emergencia y radiografías (aleta de mordida, radiografía de la boca completa, radiografía panorámica).	0 %	100 %	10 %	90 %
Clase II/Básico: restauraciones (amalgamas y resinas anteriores) y mantenimiento periodontal.	20 %	80 %	30 %	70 %
Clase III/Principal: extracciones simples, extracciones quirúrgicas, cirugía bucal, anestesia (general y sedación intravenosa), periodoncia, endodoncia, incrustaciones, recubrimientos, coronas, reparación de coronas, puentes, reparaciones de puentes, prótesis dentales y reparación de prótesis dentales.	50 %	50 %	50 %	50 %
Clase IV/Ortodoncia (solo para ortodoncia previamente autorizada necesaria desde el punto de vista médico)	50 %	50 %	50 %	50 %
Deducible (exento para Clase I) (por persona)	\$75	N/D	\$75	N/D
Deducible familiar (exento para Clase I) (2 o más hijos)	\$150	N/D	\$150	N/D
Máximo en efectivo (OOP) (por persona)	\$350	N/D	N/D	N/D
Máximo en efectivo familiar*** (OOP) (2 o más hijos)	\$700	N/D	N/D	N/D
Máximo anual	N/D			
Máximo de ortodoncia de por vida	N/D			
Período de espera	N/D			
* Esta póliza está disponible para personas de hasta 19 años.				
** Los beneficios se basan en los cargos habituales y usuales de la mayoría de los dentistas en la misma área geográfica.				
*** Dos (2) familiares deben alcanzar cada uno el máximo en efectivo en un año de la Póliza. Una vez cumplido esto, se alcanza el máximo familiar y no se aplicará a otros familiares.				

NO HAY MÁXIMO EN EFECTIVO CUANDO LOS SERVICIOS SE RECIBEN FUERA DE LA RED.



Plan PPO de California Family Dental

Beneficio PPO SOLO adultos*	Costo compartido del miembro En la red	Porcentaje cubierto En la red	Costo compartido del miembro fuera de la red**	Porcentaje cubierto fuera de la red**
Clase I/Preventivo: limpiezas, exámenes, dolor de emergencia, radiografía de aleta de mordida y radiografías (radiografía de la boca completa, radiografía panorámica).	0 %	100 %	10 %	90 %
Clase II/Básico: restauraciones (amalgamas y resinas anteriores) y mantenimiento periodontal.	20 %	80 %	30 %	70 %
Clase III/Principal: incrustaciones, recubrimientos, coronas, reparación de coronas, puentes, reparaciones de puentes, prótesis dentales, reparación de prótesis dentales, extracciones simples, extracciones quirúrgicas, cirugía bucal, endodoncia, periodoncia y anestesia.	50 %	50 %	50 %	50 %
Clase IV/Ortodoncia	N/D			
Deducible (exento para Clase I)	\$50			
Deducible familiar (exento para Clase I) (2 o más hijos)	N/D			
Máximo en efectivo (OOP) (por persona)	N/D			
Máximo en efectivo (OOP) (por familia: 2 o más hijos)	N/D			
Máximo anual	\$1,500			
Máximo de ortodoncia de por vida	N/D			
Período de espera	Seis (6) meses para Servicios principales (exento con prueba de cobertura anterior)***			
*Esta Póliza está disponible para personas a partir de los 19 años.				
**Los beneficios se basan en los cargos habituales y usuales de la mayoría de los dentistas en la misma área geográfica.				
*** La cobertura anterior con un plan grupal no debe exceder el lapso de 30 días antes de la fecha de entrada en vigencia.				



Plan PPO de California Family Dental

El área de servicio incluye los siguientes condados de California: Alameda, Amador, Butte, Calaveras, Colusa, Contra Costa, El Dorado, Fresno, Glenn, Kern, Kings, Lake, Los Ángeles, Madera, Marin, Merced, Monterey, Napa, Orange, Placer, Riverside, Sacramento, San Benito, San Bernardino, San Diego, San Francisco, San Joaquín, San Mateo, Santa Bárbara, Santa Clara, Santa Cruz, Solano, Sonoma, Stanislaus, Sutter, Tulare, Ventura, Yolo y Yuba.

Disponibilidad del proveedor

Si el dentista especialista o general de la red no está disponible y el miembro no tiene más opción que recibir tratamiento cubierto necesario desde el punto de vista médico de un dentista especialista o general que no pertenece a la red, podremos ayudar al miembro a identificar un dentista especialista o general que no pertenezca a la red y cubriremos el tratamiento al costo compartido dentro de la red, lo que incluye la aplicación del máximo de gastos en efectivo y el deducible de la red. La consideración de un reembolso dentro de la red del tratamiento realizado por un dentista especialista o general que no pertenece a la red se limitará a los servicios odontológicos cubiertos necesarios desde el punto de vista médico. Consulte el directorio de proveedores para conocer una lista completa de Nuestros dentistas contratados. O puede visitar DentalExchange.guardianlife.com para ver los dentistas contratados de Premier Access.

Brindaremos acceso a especialistas requeridos desde el punto de vista odontológico que sean certificados o elegibles para certificación por la junta de especialidad adecuada mediante contrato o derivación. Los estándares de accesibilidad al proveedor son los siguientes:

1. Un dentista general no se encuentra: a) dentro de 30 minutos o 15 millas del lugar de trabajo o del hogar del miembro.
2. Un dentista especialista no se encuentra: a) dentro de 60 minutos o 30 millas del lugar de trabajo o del hogar del miembro.
3. Las citas urgentes no están disponibles dentro de las 72 horas del momento de la solicitud de la cita, cuando se cumpla con las necesidades individuales del miembro y según se solicite de acuerdo con las normas de prácticas reconocidas profesionalmente.
4. Las citas no urgentes no están disponibles dentro de los 36 días hábiles de la solicitud de la cita.
5. Las citas preventivas no están disponibles dentro de los 40 días hábiles de la solicitud de la cita.

Verificaremos la información relacionada con la notificación del miembro que indique que un dentista especialista o general de la red no estaba disponible dentro de los parámetros anteriores. La información verificada puede incluir, entre otros, revisión de los dentistas especialistas o generales de la red disponibles dentro de la distancia en automóvil requerida desde el lugar de trabajo o el hogar del miembro. El tiempo de espera aplicable para una cita específica puede extenderse si el dentista que refiere a un paciente o el dentista tratante, dentro del alcance de la práctica odontológica y de conformidad con las normas de práctica reconocidas profesionalmente, ha determinado y asentado en el registro correspondiente que un tiempo de espera más extenso no tendrá un impacto perjudicial sobre la salud de la persona cubierta.



Plan PPO de California Family Dental

CLASES DE SERVICIOS Y SUMINISTROS CUBIERTOS (Individuos Niños hasta los 19 años)

Se brinda cobertura para los servicios y suministros odontológicos resumidos a continuación. Para obtener una lista completa de los servicios cubiertos, consulte la lista al final de esta sección.

Tenga en cuenta las limitaciones de frecuencia y edad que se aplican para determinados procedimientos. Todos los límites de frecuencia especificados se aplican al día.

En el caso de Su póliza, los Servicios y suministros cubiertos específicos pueden estar dentro de una categoría Clase que no sea la que se indica a continuación. Si Su póliza tiene categorizaciones de Clase diferentes de las que se indican a continuación, esto se especifica en el Programa de beneficios.

Clase I: Servicios odontológicos preventivos

Beneficios de diagnóstico y prevención

El beneficio incluye lo siguiente:

- Exámenes bucales iniciales y periódicos
- Consultas, incluidas consultas con especialistas
- Tratamiento con aplicación tópica de fluoruro
- Educación odontológica preventiva e instrucciones de higiene bucal
- Radiografías
- Servicios de profilaxis (limpiezas)
- Tratamientos con selladores dentales

- Separadores, incluidos de acrílico extraíbles y de tipo de banda fija
- Educación odontológica preventiva e instrucciones de higiene bucal

Limitaciones

- Los exámenes se limitan a uno (1) en un período de seis (6) meses consecutivos. Esto no aplica para el tratamiento de emergencia.
- Las radiografías de aletas de mordida junto con los exámenes periódicos se limitan a una (1) serie de cuatro (4) radiografías en cualquier período de seis (6) meses consecutivos.
- Las radiografías de boca completa junto con exámenes periódicos se limitan a una vez cada treinta y seis (36) meses consecutivos.
- Las radiografías panorámicas se limitan a una vez cada treinta y seis (36) meses consecutivos, excepto cuando se registran como esenciales para un examen posoperatorio/de seguimiento (como por ejemplo, después de una cirugía bucal).
- Los servicios de profilaxis (limpiezas) se limitan a uno (1) en un período de seis (6) meses consecutivos.
- Los tratamientos de fluoruro se limitan a uno (1) en un período de seis (6) meses consecutivos.
- Los tratamientos con selladores dentales se limitan solo a los molares primarios y secundarios permanentes. Se limitan a una vez por diente en un período de treinta y seis (36) meses consecutivos.

Clase II: Servicios odontológicos básicos

Odontología de restauración

Las restauraciones incluyen lo siguiente:



Plan PPO de California Family Dental

- Amalgama, resina de compuestos, acrílico, restauraciones sintéticas o de plástico para el tratamiento de caries
- Restauraciones obturadas con microrrellenos de resina que no son cosméticas.
- Reemplazo de una restauración
- Uso de pernos y reconstrucción de pernos junto con una restauración
- Base sedante y empastes sedantes

Limitaciones

Las restauraciones se limitan a lo siguiente:

- Para el tratamiento de caries, si el diente se puede restaurar con amalgama, resina de compuesto, acrílico, restauraciones sintéticas o de plástico; cualquier otra restauración como una corona o una funda se considera opcional.
- El reemplazo de una restauración tiene cobertura solo cuando es defectuosa, según se evidencie por afecciones como caries recurrentes o fracturas, y el reemplazo sea necesario desde el punto de vista odontológico. Se limita a una vez por diente en un período de doce (12) meses consecutivos.
- La diferencia de costo entre un servicio cubierto y un servicio opcional. Por ejemplo, cuando una amalgama es un tratamiento de restauración adecuado y se elige en su lugar una corona. La cantidad de pago de beneficio será solo por la amalgama.

Mantenimiento periodontal

- Procedimiento de mantenimiento periodontal (después del tratamiento activo). El beneficio se limita a un (1) procedimiento de mantenimiento periodontal por período de tres (3) meses consecutivos.
- Los procedimientos de mantenimiento periodontal pueden utilizarse en aquellos casos en los que el paciente ha completado la terapia periodontal activa. El procedimiento incluye cualquier

examen para evaluación, curetaje, planeación radicular y/o pulido, según sea necesario.

Clase III: Servicios odontológicos principales

Cirugía bucal

La cirugía bucal incluye lo siguiente:

- Extracciones, incluidas extracciones quirúrgicas
- Extracción de dientes impactados
- Biopsia de tejidos bucales
- Alveolectomías
- Escisión de quistes y neoplasias
- Tratamiento de torus palatal
- Tratamiento de torus mandibular
- Frenectomía
- Incisión y drenaje de abscesos
- Servicios posoperatorios, incluidos exámenes, extracción de suturas y tratamiento de complicaciones
- Recuperación de la raíz (procedimiento por separado)

Limitación

- La extracción quirúrgica de dientes impactados es un beneficio cubierto solo cuando existe evidencia de una patología.

Endodoncia

- Recubrimiento pulpar directo
- Pulpotomía terapéutica
- Desbridamiento pulpar
- Pulpotomía parcial
- Terapia pulpar (dientes anteriores y posteriores)



Plan PPO de California Family Dental

- Empaste de apexificación con hidróxido de calcio
- Amputación radicular
- Terapia en el conducto radicular, incluido cultivo de conducto y segundo tratamiento limitado de una terapia previa en el conducto radicular, como se especifica a continuación
- Apicectomía
- Pruebas de vitalidad

Limitaciones

La terapia en el conducto radicular, incluido el cultivo de conducto, se limita a lo siguiente:

- El segundo tratamiento de conductos radiculares es un beneficio cubierto solo si existen signos clínicos o radiográficos de formación de abscesos y/o el paciente experimenta síntomas.
- No son beneficios cubiertos la extracción o el segundo tratamiento de puntas de plata, exceso de empaste, empastes insuficientes, empastes incompletos o instrumentos rotos atorados en un conducto en ausencia de patología.

Periodoncia

Los beneficios de periodoncia incluyen lo siguiente:

- Tratamiento de emergencia, incluido tratamiento para abscesos periodontales y periodontitis aguda
- Limpieza de sarro periodontal y planeación radicular, y curetaje subgingival
- Gingivectomía
- Cirugía ósea o mucogingival

Limitación

La limpieza de sarro periodontal y la planeación radicular se limitan a cuatro (4) tratamientos por cuadrante en cualquier período de veinticuatro (24) meses consecutivos.

Corona y puente fijo

Los beneficios de corona y puente fijo incluyen lo siguiente:

- Coronas, incluidas las fabricadas con acrílico, acrílico con metal, porcelana, porcelana con metal, completamente de metal, recubrimiento de oro o corona de tres cuartos, y acero inoxidable.
- Reconstrucción dental con perno y tornillos relacionados
- Puentes fijos, que son de metal fundido, porcelana cocida con metal o plástico procesado con oro
- Recementación de coronas, puentes, incrustaciones y recubrimientos
- Poste y muñón fundidos, incluida la retención del metal fundido debajo de las coronas
- Reparación o reemplazo de coronas, soportes o dientes artificiales

Limitaciones

El beneficio de coronas se limita a lo siguiente:

- El reemplazo de cada unidad se limita a una vez cada sesenta (60) meses consecutivos, salvo cuando la corona ya no sea funcional.
- Solo las coronas de acrílico y las coronas de acero inoxidable son un beneficio para niños menores de doce (12) años. Se limita a una vez por diente en un período de doce (12) meses consecutivos. Si se eligen otros tipos de coronas como un beneficio opcional para niños menores de doce (12) años, el nivel de beneficio odontológico cubierto será el de una corona de acrílico.
- Las coronas tendrán cobertura solo si al diente no le queda suficiente calidad de retención como para sostener un empaste. Por ejemplo, si las paredes bucales o linguales están fracturadas o cariadas a tal punto que no puedan sostener un empaste.
- Los laminados posteriores a la segunda bicúspide se consideran opcionales. Se realizará una asignación para una corona completamente fundida.



Plan PPO de California Family Dental

El beneficio de puente fijo se limita a lo siguiente:

- Los puentes fijos se usarán solamente cuando uno parcial no pueda restaurar satisfactoriamente el caso.
 - Se considera un tratamiento opcional si se utilizan puentes fijos cuando uno parcial podría restaurar satisfactoriamente el caso.
- Un puente fijo tiene cobertura cuando es necesario reemplazar un diente anterior permanente faltante en una persona de dieciséis (16) años o más, y la salud bucal y la condición dental en general del paciente lo permiten. Para los niños menores de dieciséis (16) años, se considera un tratamiento odontológico opcional. Si se realiza en un miembro menor de dieciséis (16) años, el solicitante deberá pagar la diferencia de costo entre el puente fijo y un separador.
- Los puentes fijos que se utilizan para reemplazar dientes posteriores faltantes se consideran opcionales cuando los dientes con soporte están sanos a nivel odontológico y se les colocaría una corona únicamente para soportar un diente artificial.
- Los puentes fijos son opcionales cuando se proporcionan en relación con una prótesis dental parcial en el mismo arco.
- El reemplazo de un puente fijo existente tiene cobertura solo cuando no se puede reparar satisfactoriamente.
- El programa permite hasta cinco (5) unidades de corona o puentes por arco. En la sexta unidad, el tratamiento se considera reconstrucción de la boca completa, lo cual es un tratamiento opcional

Prótesis extraíble

El beneficio de prótesis extraíble incluye lo siguiente:

- Prótesis dentales, maxilar completa, mandibular completa, parcial superior, parcial inferior, dientes, ganchos y placas de relajación
- Realineados o reajustes en laboratorio o consultorio
- Reparación de prótesis dental
- Ajuste de prótesis dental
- Acondicionamiento de los tejidos
- Duplicación de prótesis dental
- Separador
- Dentadura postiza parcial

Limitaciones

El beneficio de prótesis extraíble se limita a lo siguiente:

- Las prótesis dentales parciales no se reemplazarán dentro de los sesenta (60) meses consecutivos, a menos que:
 1. sea necesario debido a la pérdida de dientes naturales donde la incorporación o reemplazo de los dientes a la prótesis parcial existente no sea factible, o
 2. la prótesis dental no sea satisfactoria y no pueda hacerse satisfactoria.
- El beneficio odontológico cubierto para las prótesis dentales parciales se limitará a los cargos por una prótesis dental de metal fundido de cromo o de acrílico, si esto restaurara satisfactoriamente un arco. Si el paciente y el dentista eligen un aparato más elaborado o de mayor precisión y no es necesario restaurar satisfactoriamente un arco, el paciente será responsable de todos los cargos adicionales.
- Una prótesis dental parcial extraíble se considera una restauración adecuada en el caso en que falten dientes en ambos lados del arco dental. Otros tratamientos para dichos casos se consideran opcionales.
- La prótesis dental completa superior y/o inferior no se reemplazará dentro de los sesenta (60) meses consecutivos a



Plan PPO de California Family Dental

menos que la prótesis dental existente no sea satisfactoria y que no sea posible hacerla satisfactoria con realineado o reparación.

- El beneficio odontológico cubierto para la prótesis dental completa se limitará al nivel de beneficio para un procedimiento estándar. Si el paciente y el dentista seleccionan un tratamiento más personalizado o especializado, el paciente tendrá que pagar todos los cargos adicionales.
- Los realineados en el consultorio o laboratorio se limitan a uno (1) por arco en cualquier período de doce (12) meses consecutivos.
- El acondicionamiento de tejidos se limita a dos por prótesis dental en un período de treinta y seis (36) meses consecutivos.
- Las dentaduras postizas parciales son un beneficio únicamente cuando se utilizan como separadores anteriores en niños

Implantes

Los servicios de implantes son un beneficio solo cuando se registran afecciones médicas excepcionales, y debe corroborarse su necesidad médica. Se requiere autorización previa.



Plan PPO de California Family Dental

Clase IV: Ortodoncia necesaria desde el punto de vista médico

Ortodoncia.

Los procedimientos de ortodoncia son un beneficio solo cuando los moldes de diagnóstico verifican un puntaje mínimo de 26 puntos en el Índice de Desviación labiolingual incapacitante (Handicapping Labio-Lingual Deviation, HLD) del Formulario DC016 (06/09) de puntaje de modificación de California; o bien, cuando existe una de las seis afecciones que califican automáticamente indicadas a continuación o cuando existe documentación por escrito de parte de un especialista acreditado con membrete profesional de una anomalía craneofacial. Las afecciones que califican de manera automática son las siguientes:

- i) deformidad del paladar hendido. Si el paladar hendido no es visible en los moldes de diagnóstico, se debe presentar documentación por escrito por parte de un especialista acreditado, con su membrete profesional, junto con la solicitud de autorización previa.
- ii) anomalía craneofacial. Se debe presentar documentación por escrito por parte de un especialista acreditado, con su membrete profesional, junto con la solicitud de autorización previa.
- iii) una sobremordida de gran impacto en la que los incisivos inferiores están destruyendo el tejido blando del paladar,
- iv) una mordida cruzada del diente anterior individual que destruye el tejido blando,
- v) un resalte mayor a 9 mm o un resalte invertido mayor a 3.5 mm,
- vi) una desviación traumática grave (como pérdida de un segmento premaxilar por quemadura, accidente u osteomielitis u otra patología grave). Se debe presentar documentación por escrito del traumatismo o la patología junto con la solicitud de autorización previa.

El costo compartido del miembro por servicios de ortodoncia necesarios desde el punto de vista médico se aplica al esquema de tratamiento, no a los años de beneficio individuales en un esquema de tratamiento

de varios años. Este costo compartido del miembro se aplica al esquema de tratamiento siempre que el miembro permanezca inscrito en la Póliza.

Consulte la lista de procedimientos cubiertos enumerados a continuación en la Descripción de códigos de procedimientos y Códigos de Terminología odontológica actual (Current Dental Terminology, CDT).

Otros beneficios

Otros beneficios odontológicos incluyen lo siguiente:

- Anestésicos locales
- Sedantes por vía oral cuando los administra en un consultorio odontológico un profesional que actúa dentro del alcance de su certificación profesional
- Óxido nitroso cuando lo administra en un consultorio odontológico un profesional que actúa dentro del alcance de su certificación profesional
- Tratamiento de emergencia, tratamiento paliativo
- Coordinación de los beneficios con el plan de salud del miembro en caso de que el lugar de la hospitalización o de la cirugía ambulatoria sea médicamente adecuado para los servicios odontológicos.

Exclusiones generales

Los Servicios y suministros cubiertos no incluyen los siguientes:

1. Tratamiento que:
 - a. no esté incluido en la lista de Servicios y suministros cubiertos, excepto que sea ortodoncia necesaria desde el punto de vista médico;
 - b. no sea necesario desde el punto de vista odontológico; o
 - c. sea de naturaleza experimental.
2. Los cargos:
 - a. Que sean pagaderos o reembolsables por o a través de un plan



Plan PPO de California Family Dental

- o programa de cualquier agencia gubernamental, salvo si el cargo está relacionado con una discapacidad surgida en servicio no militar y que una agencia gubernamental de los Estados Unidos brinde tratamiento. Sin embargo, la póliza siempre reembolsará a la agencia de asistencia médica local o estatal (Medicaid) por los servicios y suministros cubiertos.
- b. Que no sean impuestos en contra de la persona o por los cuales la persona no es responsable.
 - c. Que sean reembolsables por Medicare Parte A y Parte B. Si una persona en cualquier momento tuvo derecho a inscribirse en el programa Medicare (incluso la Parte B) pero no lo hizo, se reducirá de sus beneficios en virtud de esta Póliza el monto que hubiera sido reembolsado por Medicare, cuando la ley lo permita.
3. Los servicios o suministros que surjan de o durante el transcurso de Su ocupación habitual remunerada o productiva por la que Usted o Su dependiente tengan beneficios pagados en virtud de cualquier Ley de Compensación para Trabajadores, Ley de Responsabilidad del Empleador o leyes similares. Debe reclamar y notificar todos estos beneficios de inmediato. Pueden recuperarse los beneficios pagados conforme a esta póliza que también se pagan conforme a cualquier Ley de Compensación para Trabajadores, Ley de Responsabilidad del Empleador o leyes similares.
 4. Los servicios o suministros proporcionados por un dentista, higienista dental, técnico dental o médico que sea un Familiar cercano o una persona que normalmente vive con Usted o un Dependiente.
 5. Los servicios y suministros provistos como un procedimiento dental y considerados un procedimiento según los códigos de procedimientos odontológicos estándares, pero separados en múltiples códigos de procedimientos con fines de facturación. El Cargo cubierto por los Servicios se basa en el código de procedimiento odontológico que representa exactamente el tratamiento realizado.
 6. Los servicios y suministros proporcionados principalmente para fines cosméticos, incluido el blanqueamiento.
 7. Los servicios y suministros recibidos fuera de los Estados Unidos, salvo en el caso de tratamiento de emergencia.
 8. Moldes de diagnóstico.
 9. Los procedimientos educativos, incluidos, entre otros, higiene bucal, control de sarro o instrucciones sobre dietas.
 10. El equipo o los suministros personales, incluidos, entre otros, irrigadores bucales, cepillos de dientes o porta-hilo dental.
 11. Los procedimientos restaurativos, conductos radiculares y aparatos provistos por desgaste, abrasión, erosión, abfracción o para fines cosméticos cuando no hay caries.
 12. Laminado
 13. Los aparatos, las incrustaciones, las restauraciones fundidas, las coronas y los puentes u otras restauraciones preparadas por laboratorios usadas principalmente como ferulización (estabilización temporaria de dientes).
 14. El reemplazo de un aparato o prótesis perdido o robado.
 15. El reemplazo de dentaduras postizas parciales.
 16. Extracción de dientes sin patología, incluidos los dientes supernumerarios (a menos que sea para ortodoncia médicamente necesaria).
 17. Los injertos óseos para preservar la base.
 18. Los cargos de un hospital o centro por habitación, gastos por suministros o de la sala de emergencias, radiografías de tórax de rutina y exámenes médicos antes de una cirugía bucal.
 19. Tratamiento para una fractura de mandíbula.
 20. Los servicios de Ortodoncia, suministros, aparatos y servicios relacionados con la Ortodoncia, a menos que se incluya una cláusula de Ortodoncia en esta Póliza.
 21. La sedación oral y la analgesia con óxido nitroso están cubiertas solo según se describe en la sección de servicios cubiertos.
 22. Inyección de fármacos terapéuticos.
 23. Cargos por completar formularios de reclamación.
 24. Las citas odontológicas a las que no asista.



Plan PPO de California Family Dental

PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS CUBIERTOS (Individuos Niños hasta los 19 años)

Descripción de códigos de procedimientos y Códigos de CDT

Diagnóstico

D0120 Evaluación oral periódica: paciente establecido
D0140 Evaluación odontológica limitada: centrada en el problema
D0145 Evaluación bucal para un paciente menor de tres años de edad y asesoramiento con cuidador principal
D0150 Evaluación odontológica integral: paciente nuevo o establecido
D0160 Evaluación bucal detallada y exhaustiva: centrada en el problema, por informe
D0170 Reevaluación: limitada, centrada en el problema (paciente establecido, no visita posoperatoria)
D0171 Reevaluación: visita posoperatoria al consultorio
D0180 Evaluación periodontal integral: paciente nuevo o establecido
D0210 Intrabucal: serie completa de imágenes radiográficas
D0220 Intrabucal: primera imagen radiográfica periapical
D0230 Intrabucal: cada imagen radiográfica adicional periapical
D0240 Intrabucal: imagen radiográfica oclusal
D0250 Extrabucal: primera imagen radiográfica
D0251 Extrabucal: imagen radiográfica odontológica posterior
D0270 Aleta de mordida: una imagen radiográfica
D0272 Aletas de mordida: dos imágenes radiográficas
D0273 Aletas de mordida: tres imágenes radiográficas
D0274 Aletas de mordida: cuatro imágenes radiográficas
D0277 Aletas de mordida verticales: de 7 a 8 imágenes radiográficas
D0310 Sialografía
D0320 Artrografía de articulación temporomandibular, incluida la inyección
D0322 Análisis tomográfico
D0330 Imagen radiográfica panorámica
D0340 Imagen radiográfica cefalométrica

D0350 Imágenes fotográficas faciales/bucales
D0351 Imagen tridimensional
D0460 Pruebas de vitalidad de la pulpa dental
D0470 Moldes de diagnóstico
D0502 Otros procedimientos de patología bucal, por informe
D0601 Evaluación y documentación de riesgo de caries, con un resultado de bajo riesgo
D0602 Evaluación y documentación de riesgo de caries, con un resultado de riesgo moderado
D0603 Evaluación y documentación de riesgo de caries, con un resultado de alto riesgo
D0999 Procedimiento de diagnóstico no especificado, por informe

Prevención

D1110 Profilaxis: adulto
D1120 Profilaxis: niño
D1206 Aplicación tópica de esmalte de fluoruro: niños de 0 a 20
D1208 Aplicación tópica de fluoruro: niños de 0 a 20
D1310 Asesoramiento nutricional para el control de enfermedades odontológicas
D1320 Asesoramiento sobre el tabaco para el control y la prevención de enfermedades bucales
D1330 Instrucciones de higiene bucal
D1351 Sellador: por diente
D1352 Restauración de resina preventiva para pacientes con riesgo de caries moderado a alto: diente permanente
D1353 Reparación con sellador, por diente
D1354 Caries provisional con aplicación de medicamento, por diente
D1510 Separador fijo: unilateral
D1516 Separador fijo: bilateral, maxilar
D1517 Separador fijo: bilateral, mandibular
D1520 Separador extraíble: unilateral
D1526 Separador extraíble: bilateral, maxilar
D1527 Separador extraíble: bilateral, maxilar



Plan PPO de California Family Dental

D1550 Recementación o reunificación de separador
D1555 Extracción del separador fijo
D1575 Separador de extensión distal: fijo, unilateral

Servicios de restauración (básicos)

D2140 Amalgama: una superficie, primaria o permanente
D2150 Amalgama: dos superficies, primarias o permanentes
D2160 Amalgama: tres superficies, primarias o permanentes
D2161 Amalgama: cuatro o más superficies, primarias o permanentes
D2330 Compuesto a base de resina: una superficie, anterior
D2331 Compuesto a base de resina: dos superficies, anteriores
D2332 Compuesto a base de resina: tres superficies, anteriores
D2335 Compuestos a base de resina: cuatro o más superficies, o aquellas que implican ángulo incisal (anterior)
D2390 Corona de compuesto a base de resina, anterior
D2391 Compuesto a base de resina: una superficie, posterior
D2392 Compuesto a base de resina: dos superficies, posteriores
D2393 Compuesto a base de resina: tres superficies, posteriores
D2394 Compuesto a base de resina: cuatro superficies o más, posteriores
D2710 Corona: compuesto a base de resina (indirecto)
D2712 Corona: 3/4 de compuesto con base de resina (indirecto)
D2721 Corona: resina con metal básico predominante
D2740 Corona: sustrato de porcelana o cerámica
D2751 Corona: porcelana fundida con metal básico predominante
D2781 Corona: 3/4 de metal básico predominante fundido
D2783 Corona: 3/4 de porcelana/cerámica
D2791 Corona: metal básico predominante fundido en su totalidad
D2910 Recementado de incrustaciones, recubrimientos o restauración de cobertura parcial
D2915 Recementado de poste y muñón prefabricados o fundidos
D2920 Recementado de corona
D2921 Recolocación de fragmento de diente, borde incisal o cúspide
D2929 Corona de porcelana o cerámica prefabricada: diente primario
D2930 Corona de acero inoxidable prefabricada: diente primario

D2931 Corona de acero inoxidable prefabricada: diente permanente
D2932 Corona de resina prefabricada
D2933 Corona de acero inoxidable prefabricada con carilla de resina
D2940 Restauración protectora
D2941 Restauración terapéutica provisoria: dentición primaria
D2949 Base de restauración para una restauración indirecta
D2950 Reconstrucción dental, incluido algún perno
D2951 Retención con perno: por diente, además de la restauración
D2952 Poste y muñón además de la corona, fabricados indirectamente
D2953 Cada poste adicional fabricado indirectamente: mismo diente
D2954 Poste y muñón prefabricados, además de la corona
D2955 Extracción de poste
D2957 Cada poste adicional prefabricado: mismo diente
D2971 Procedimientos adicionales para construir una nueva corona bajo una estructura de prótesis dental parcial existente
D2980 Reparación de corona necesaria por falla del material de restauración
D2999 Procedimiento de restauración no especificado, por informe

Servicios de endodoncia (principales)

D3110 Recubrimiento pulpar: directo (no se incluye la restauración final)
D3120 Recubrimiento pulpar: indirecto (no se incluye la restauración final)
D3220 Pulpotomía terapéutica (no se incluye la restauración final): extracción de pulpa de la corona en la unión denticemental y aplicación de medicamento
D3221 Desbridamiento pulpar, dientes primarios y permanentes
D3222 Pulpotomía parcial para apexogénesis: dientes permanentes con desarrollo de raíz incompleto
D3230 Terapia pulpar (empaste reabsorbible): anterior, diente primario (no se incluye la restauración final)
D3240 Terapia pulpar (empaste reabsorbible): posterior, diente primario (no se incluye la restauración final)
D3310 Terapia endodóntica, diente anterior (no se incluye restauración final)



Plan PPO de California Family Dental

D3320 Terapia endodóntica, diente bicúspide (no se incluye restauración final)

D3330 Terapia endodóntica, molar (no se incluye restauración final)

D3331 Tratamiento de obstrucción del conducto radicular; acceso sin cirugía

D3333 Reparación interna de defectos de perforaciones radiculares

D3346 Segundo tratamiento de una terapia previa en el conducto radicular: anterior

D3347 Segundo tratamiento de una terapia previa en el conducto radicular: bicúspide

D3348 Segundo tratamiento de una terapia previa en el conducto radicular: molar

D3351 Apexificación/recalcificación/regeneración pulpar: visita inicial (cierre apical/reparación de perforaciones por calcificación, reabsorción radicular, desinfección del espacio pulpar, etc.)

D3352 Apexificación/recalcificación/regeneración pulpar: reemplazo de medicamento provisorio

D3410 Apicectomía o cirugía perirradicular: anterior

D3421 Apicectomía o cirugía perirradicular: bicúspide (primera raíz)

D3425 Apicectomía o cirugía perirradicular: molar (primera raíz)

D3426 Apicectomía o cirugía perirradicular: (cada raíz adicional)

D3427 Cirugía perirradicular sin apicectomía

D3430 Empaste retrógrado: por raíz

D3910 Procedimiento quirúrgico para aislamiento de diente con dique de goma

D3999 Procedimiento de endodoncia no especificado, por informe

Servicios de periodoncia (principales)

D4210 Gingivectomía o gingivoplastia: cuatro o más dientes continuos o espacios de los dientes unidos por cuadrante

D4211 Gingivectomía o gingivoplastia: uno a tres dientes continuos o espacios de los dientes unidos por cuadrante

D4249 Alargamiento de la corona clínica: tejido duro

D4260 Cirugía ósea (incluida la entrada y el cierre del colgajo): cuatro o más dientes continuos o espacios de los dientes unidos por cuadrante

D4261 Cirugía ósea (incluida la entrada y el cierre del colgajo): uno a tres dientes continuos o espacios de los dientes unidos por cuadrante

D4265 Materiales biológicos para ayudar en la regeneración de tejido óseo o blando

D4341 Limpieza de sarro periodontal y planeación radicular: cuatro o más dientes por cuadrante

D4342 Limpieza de sarro periodontal y planeación radicular: uno a tres dientes por cuadrante

D4346 Limpieza de sarro en presencia de inflamación gingival moderada o grave generalizada, en toda la boca, después de una evaluación bucal

D4355 Desbridamiento de la boca completa para permitir la evaluación integral y el diagnóstico

D4381 Administración localizada de agentes antibióticos por medio de liberación controlada en el tejido crevicular enfermo, por diente

D4910 Mantenimiento periodontal

D4920 Cambio de apósitos sin programar (por una persona que no sea el dentista que lo atiende)

D4999 Procedimiento periodontal no especificado, por informe

Servicios de prostodoncia (principales, extraíbles)

D5110 Prótesis dental completa: maxilar

D5120 Prótesis dental completa: mandibular

D5130 Prótesis dental inmediata: maxilar

D5140 Prótesis dental inmediata: mandibular

D5211 Prótesis dental parcial maxilar: base de resina (incluidos materiales de retención/agarre, soportes y dientes)

D5212 Prótesis dental parcial mandibular: base de resina (incluidos materiales de retención/agarre, soportes y dientes)

D5213 Prótesis dental parcial maxilar: estructura de metal fundido con bases de prótesis dental de resina (incluido cualquier gancho, soporte y diente convencionales)



Plan PPO de California Family Dental

D5214 Prótesis dental parcial mandibular: estructura de metal fundido con bases de prótesis dental de resina (incluido cualquier gancho, soporte y diente convencionales)

D5221 Prótesis dental parcial maxilar inmediata: base de resina (incluido cualquier gancho, soporte y diente convencionales)

D5222 Prótesis dental parcial mandibular inmediata: base de resina (incluido cualquier gancho, soporte y diente convencionales)

D5223 Prótesis dental parcial maxilar inmediata: estructura de metal fundido con bases de prótesis dental de resina (incluido cualquier gancho, soporte y diente convencionales)

D5224 Prótesis dental parcial mandibular inmediata: estructura de metal fundido con bases de prótesis dental de resina (incluido cualquier gancho, soporte y diente convencionales)

D5410 Ajuste de prótesis dental completa: maxilar

D5411 Ajuste de prótesis dental completa: mandibular

D5421 Ajuste de prótesis dental parcial: maxilar

D5422 Ajuste de prótesis dental parcial: mandibular

D5511 Reparación de base de prótesis dental rota, mandibular

D5512 Reparación de base de prótesis dental rota, maxilar

D5520 Reemplazo de dientes faltantes o rotos: prótesis dental completa (cada diente)

D5611 Reparación de prótesis dental de resina, mandibular

D5612 Reparación de base de prótesis dental de resina, maxilar

D5621 Reparación de estructura fundida, mandibular

D5622 Reparación de estructura fundida, maxilar

D5630 Reparación o reemplazo de materiales de retención/agarre por diente

D5640 Reemplazo de diente roto: por diente

D5650 Inserción de diente en prótesis dental parcial existente

D5660 Inserción de gancho en prótesis dental parcial existente

D5730 Realineado de prótesis dental maxilar completa (en consultorio)

D5731 Realineado de prótesis dental mandibular completa (en consultorio)

D5740 Realineado de prótesis dental maxilar parcial (en consultorio)

D5741 Realineado de prótesis dental mandibular parcial (en consultorio)

D5750 Realineado de prótesis dental maxilar completa (en laboratorio)

D5751 Realineado de prótesis dental mandibular completa (en laboratorio)

D5760 Realineado de prótesis dental maxilar parcial (en laboratorio)

D5761 Realineado de prótesis dental mandibular parcial (en laboratorio)

D5850 Acondicionamiento de los tejidos: maxilar

D5851 Acondicionamiento de los tejidos: mandibular

D5862 Sujetador de precisión, por informe

D5863 Sobredentadura: maxilar completa

D5864 Sobredentadura: maxilar parcial

D5865 Sobredentadura: mandibular completa

D5866 Sobredentadura: mandibular parcial

D5899 Procedimiento de prostodoncia extraíble no especificado, por informe

Servicios de prótesis maxilofacial (principales)

D5911 Molde facial (seccional)

D5912 Molde facial (completo)

D5913 Prótesis nasal

D5914 Prótesis auricular

D5915 Prótesis orbital

D5916 Prótesis ocular

D5919 Prótesis facial

D5922 Prótesis de septo nasal

D5923 Prótesis ocular: provisoria

D5924 Prótesis craneal

D5925 Prótesis de implante de aumento facial

D5926 Prótesis nasal: reemplazo

D5927 Prótesis auricular: reemplazo

D5928 Prótesis orbital: reemplazo

D5929 Prótesis facial: reemplazo

D5931 Prótesis obturadora: quirúrgica

D5932 Prótesis obturadora: definitiva

D5933 Prótesis obturadora: modificación



Plan PPO de California Family Dental

D5934 Prótesis de resección mandibular con reborde guía
D5935 Prótesis de resección mandibular sin reborde guía
D5936 Prótesis obturadora: provisoria
D5937 Aparato para trismo (no para tratamiento de TMD)
D5951 Soporte de alimentación
D5952 Prótesis de soporte del habla: pediátrica
D5953 Prótesis de soporte del habla: para adultos
D5954 Prótesis de aumento de paladar
D5955 Prótesis elevadora del velo del paladar: definitiva
D5958 Prótesis elevadora del velo del paladar: provisoria
D5959 Prótesis elevadora del velo del paladar: modificación
D5960 Prótesis de soporte del habla: modificación
D5982 Stent quirúrgico
D5983 Suministro de radiación
D5984 Bloqueo de radiación
D5985 Localizador del cono de radiación
D5986 Suministro de gel con fluoruro
D5987 Entablillado de comisura
D5988 Entablillado quirúrgico
D5991 Suministro de medicamento tópico
D5999 Prótesis maxilofacial no especificada, por informe

Servicios de implantes (principales)

Los servicios de implantes son un beneficio solo cuando se registran afecciones médicas excepcionales, y debe corroborarse su necesidad médica. Se requiere autorización previa.

D6010 Colocación quirúrgica de cuerpo de implante: implante endóstico
D6011 Segunda etapa de cirugía de implante
D6013 Colocación quirúrgica de miniimplante
D6040 Colocación quirúrgica: implante subperióstico
D6050 Colocación quirúrgica: implante transóseo
D6052 Soporte de sujetador de semiprecisión
D6055 Barra de conexión: apoyada en implante o soporte
D6056 Soporte prefabricado: incluye modificación y colocación

D6057 Soporte fabricado a medida: incluye colocación
D6058 Corona de cerámica o porcelana apoyada en un soporte
D6059 Corona de porcelana apoyada en un soporte, fundida con metal (metal altamente noble)
D6060 Corona de porcelana apoyada en un soporte, fundida con metal (metal básico predominante)
D6061 Corona de porcelana apoyada en un soporte, fundida con metal (metal noble)
D6062 Corona apoyada en un soporte, de metal fundido (metal altamente noble)
D6063 Corona apoyada en un soporte, de metal fundido (metal básico predominante)
D6064 Corona apoyada en un soporte, de metal fundido (metal noble)
D6065 Corona de porcelana o cerámica apoyada en un implante
D6066 Corona de porcelana apoyada en un implante, fundida con metal (titanio, aleación de titanio, metal altamente noble)
D6067 Corona de metal, apoyada en un implante (titanio, aleación de titanio, metal altamente noble)
D6068 Retenedor apoyado en un soporte para prótesis dental parcial fija (fixed partial denture, FPD) de cerámica o porcelana
D6069 Retenedor apoyado en un soporte para FPD de porcelana, fundida con metal (metal altamente noble)
D6070 Retenedor apoyado en un soporte para FPD de porcelana, fundida con metal (metal básico predominante)
D6071 Retenedor apoyado en un soporte para FPD de porcelana, fundida con metal (metal noble)
D6072 Retenedor apoyado en un soporte para FPD de metal fundido (metal altamente noble)
D6073 Retenedor apoyado en un soporte para FPD de metal fundido (metal básico predominante)
D6074 Retenedor apoyado en un soporte para FPD de metal fundido (metal noble)



Plan PPO de California Family Dental

D6075 Retenedor apoyado en un implante para FPD de cerámica D6076 Retenedor apoyado en un implante para FPD de porcelana fundida con metal (titanio, aleación de titanio o metal altamente noble)
D6076 Retenedor apoyado en un implante para FPD de porcelana, fundida con metal (titanio, aleación de titanio o metal altamente noble)
D6077 Retenedor apoyado en un implante para FPD de metal (titanio, aleación de titanio o metal altamente noble) D6080 Procedimientos de mantenimiento de implantes, incluyendo retiro de prótesis, limpieza de prótesis y soportes y reinserción de prótesis
D6081 Limpieza de sarro y desbridamiento en presencia de inflamación o mucositis de un solo implante, incluida la limpieza de la superficie del implante, sin entrada y cierre del colgajo
D6085 Corona de implante provisorio
D6090 Reparación de prótesis apoyada en un implante, por informe
D6091 Reemplazo de sujetador de precisión o semiprecisión (componente macho o hembra) de prótesis apoyada en un implante o soporte, por sujetador
D6092 Recementación de corona apoyada en un implante o soporte
D6093 Recementación de prótesis dental fija apoyada en un implante o soporte
D6094 Corona apoyada en un soporte (titanio)
D6095 Reparación de un implante o soporte, por informe
D6096 Extracción de tornillo de retención de implante roto
D6100 Extracción de un implante, por informe
D6110 Prótesis dental extraíble apoyada en un implante o soporte para arco desdentado: maxilar
D6111 Prótesis dental extraíble apoyada en un implante o soporte para arco desdentado: mandibular
D6112 Prótesis dental extraíble apoyada en un implante o soporte para arco parcialmente desdentado: maxilar
D6113 Prótesis dental extraíble apoyada en un implante o soporte para arco parcialmente desdentado: mandibular
D6114 Prótesis dental fija apoyada en un implante o soporte para arco desdentado: maxilar

D6115 Prótesis dental fija apoyada en un implante o soporte para arco desdentado: mandibular
D6116 Prótesis dental fija apoyada en un implante o soporte para arco parcialmente desdentado: maxilar
D6117 Prótesis dental fija apoyada en un implante o soporte para arco parcialmente desdentado: mandibular
D6190 Índice de implante quirúrgico/radiográfico, por informe
D6194 Corona retenedora apoyada en un soporte para FPD (titanio)
D6199 Procedimiento de implante no especificado, por informe

Servicios de prostodoncia fija (principales)

D6211 Diente artificial: metal básico predominante fundido
D6241 Diente artificial: porcelana fundida con metal básico predominante
D6245 Diente artificial: porcelana o cerámica
D6251 Diente artificial: resina con metal básico predominante
D6721 Corona retenedora: resina con metal básico predominante
D6740 Corona retenedora: porcelana/cerámica
D6751 Corona retenedora: porcelana fundida con metal básico predominante
D6781 Corona retenedora: 3/4 de metal básico predominante fundido
D6783 Corona retenedora: 3/4 de porcelana/cerámica
D6791 Corona retenedora: metal básico predominante fundido en su totalidad
D6930 Recementado de prótesis dental parcial fija
D6980 Reparación de prótesis dental parcial fija, necesaria por falla del material de restauración
D6999 Procedimiento de prostodoncia fija no especificado, por informe

Servicios de cirugía bucal y maxilofacial (principales)

D7111 Extracción, restos coronales: diente deciduo
D7140 Extracción, diente brotado o raíz expuesta (elevación y/o extracción con fórceps)



Plan PPO de California Family Dental

D7210 Extracción quirúrgica del diente brotado que requiere extracción del hueso y/o de la sección del diente, e incluye elevación del colgajo mucoperiosteal si se indica

D7220 Extracción de diente impactado: tejido blando

D7230 Extracción de diente impactado: parcialmente óseo

D7240 Extracción de diente impactado: completamente óseo

D7241 Extracción de diente impactado: completamente óseo, con complicaciones quirúrgicas no habituales

D7250 Extracción quirúrgica de raíces de dientes residuales (procedimiento de corte)

D7260 Cierre de fístula bucosinusal

D7261 Cierre principal de una perforación sinusal

D7270 Reimplante de diente y/o estabilización de diente accidentalmente extraído o desplazado

D7280 Acceso quirúrgico de un diente no brotado

D7283 Colocación del dispositivo para facilitar el brote del diente impactado

D7285 Biopsia del tejido bucal: duro (hueso, diente)

D7286 Biopsia de tejido bucal: blando

D7290 Reposicionamiento quirúrgico de dientes

D7291 Fibrotomía transeptal/supracrestal, por informe

D7310 Alveoloplastia en conjunto con extracciones: cuatro o más dientes o espacios de los dientes, por cuadrante

D7311 Alveoloplastia en conjunto con extracciones: de uno a tres dientes o espacios de los dientes, por cuadrante

D7320 Alveoloplastia no en conjunto con extracciones: cuatro o más dientes o espacios de los dientes, por cuadrante

D7321 Alveoloplastia no en conjunto con extracciones: de uno a tres dientes o espacios de los dientes, por cuadrante

D7340 Vestibuloplastia: extensión de borde alveolar (epitelización secundaria)

D7350 Vestibuloplastia: extensión del borde alveolar (incluidos injertos de tejido blando, recolocación de músculo, revisión de colocación del tejido blando y control del tejido con hipertrofia e hiperplasia)

D7410 Escisión de lesión benigna hasta 1.25 cm

D7411 Escisión de lesión benigna mayor de 1.25 cm

D7412 Escisión de lesión benigna, complicada

D7413 Escisión de lesión maligna hasta 1.25 cm

D7414 Escisión de lesión maligna mayor de 1.25 cm

D7415 Escisión de lesión maligna: complicada

D7440 Escisión de tumor maligno: diámetro de la lesión menor de 1.25 cm

D7441 Escisión de tumor maligno: diámetro de la lesión mayor de 1.25 cm

D7450 Extracción de quiste o tumor odontogénico benigno: diámetro de la lesión hasta 1.25 cm

D7451 Extracción de quiste o tumor odontogénico benigno: diámetro de la lesión mayor de 1.25 cm

D7460 Extracción de quiste o tumor no odontogénico benigno: diámetro de la lesión hasta 1.25 cm

D7461 Extracción de quiste o tumor no odontogénico benigno: diámetro de la lesión mayor de 1.25 cm

D7465 Destrucción de lesión por métodos físicos o químicos, por informe

D7471 Extracción de exostosis lateral (maxilar o mandibular)

D7472 Extracción de torus palatinus

D7473 Extracción de torus mandibularis

D7485 Reducción quirúrgica de tuberosidad ósea

D7490 Resección radical de maxilar o mandíbula

D7510 Incisión y drenaje de abscesos: tejido blando intrabucal

D7511 Incisión y drenaje de absceso: tejido blando intrabucal: complicado (se incluye el drenaje de múltiples espacios faciales)

D7520 Incisión y drenaje de abscesos: tejido blando extrabucal

D7521 Incisión y drenaje de absceso: tejido blando extrabucal, complicado (se incluye el drenaje de múltiples espacios faciales)

D7530 Extracción de cuerpo extraño de mucosa, piel o tejido alveolar subcutáneo

D7540 Extracción de reacción que produce cuerpos extraños, sistema musculoesquelético

D7550 Secuestrectomía/ostectomía parcial para extracción de hueso no vital



Plan PPO de California Family Dental

D7560 Sinusotomía maxilar para la extracción de un fragmento de diente o cuerpo extraño

D7610 Maxilar: reducción abierta (dientes inmovilizados, si están presentes)

D7620 Maxilar: reducción cerrada (dientes inmovilizados, si están presentes)

D7630 Mandíbula: reducción abierta (dientes inmovilizados, si están presentes)

D7640 Mandíbula: reducción cerrada (dientes inmovilizados, si están presentes)

D7650 Arco cigomático o malar: reducción abierta

D7660 Arco cigomático o malar: reducción cerrada

D7670 Alvéolo: reducción cerrada, puede incluir estabilización del diente

D7671 Alvéolo: reducción abierta, puede incluir estabilización del diente

D7680 Huesos faciales: reducción complicada con fijación y múltiples enfoques quirúrgicos

D7710 Maxilar: reducción abierta

D7720 Maxilar: reducción cerrada

D7730 Mandíbula: reducción abierta

D7740 Mandíbula: reducción cerrada

D7750 Arco cigomático o malar: reducción abierta

D7760 Arco cigomático o malar: reducción cerrada

D7770 Alvéolo: reducción abierta con estabilización del diente

D7771 Alvéolo: reducción cerrada con estabilización del diente

D7780 Huesos faciales: reducción complicada con fijación y múltiples enfoques quirúrgicos

D7810 Reducción abierta de dislocación

D7820 Reducción cerrada de dislocación

D7830 Manipulación bajo anestesia

D7840 Condilectomía

D7850 Discectomía quirúrgica, con o sin implante

D7852 Reparación de disco

D7854 Sinovectomía

D7856 Miotomía

D7858 Reconstrucción de articulación

D7860 Artrostomía

D7865 Artroplastía

D7870 Artrocentesis

D7871 Lisis y lavado no artroscópico

D7872 Artroscopia: diagnóstico, con o sin biopsia

D7873 Artroscopia: quirúrgica; lisis y lavado de adhesiones

D7874 Artroscopia: quirúrgica; reposicionamiento y estabilización de disco

D7875 Artroscopia: quirúrgica; sinovectomía

D7876 Artroscopia: quirúrgica; discectomía

D7877 Artroscopia: quirúrgica; desbridamiento

D7880 Dispositivo ortótico oclusal, por informe D7881 Ajuste de dispositivo ortótico oclusal

D7881 Ajuste de dispositivo ortótico oclusal

D7899 Terapia de TMD no especificada, por informe

D7910 Sutura de heridas recientes pequeñas de hasta 5 cm

D7911 Sutura complicada: hasta 5 cm

D7912 Sutura complicada: mayor de 5 cm

D7920 Injerto de piel (identificar defecto cubierto, lugar y tipo de injerto)

D7940 Osteoplastia: para deformidades ortognáticas

D7941 Osteotomía: rama mandibular

D7943 Osteotomía: rama mandibular con injerto óseo; se incluye la obtención del injerto

D7944 Osteotomía: segmentada o subapical

D7945 Osteotomía: cuerpo de mandíbula

D7946 LeFort I (maxilar, total)

D7947 LeFort I (maxilar, segmentado)

D7948 LeFort II o LeFort III (osteoplastia de huesos faciales por hipoplasia o retrusión mediofacial): sin injerto óseo

D7949 LeFort II o LeFort III: con injerto óseo

D7950 Injerto óseo, óseo perióstico o de cartílago de la mandíbula o de los huesos faciales: autólogo o no, por informe

D7951 Aumento sinusal con hueso o sustitutos de hueso por medio de enfoque abierto lateral



Plan PPO de California Family Dental

D7952 Aumento sinusal con hueso o sustitutos de hueso por medio de enfoque vertical
D7955 Reparación de defectos del tejido duro o blando maxilofacial
D7960 Frenulectomía, también conocida como frenectomía o frenotomía, un procedimiento por separado que no está vinculado con otro procedimiento
D7963 Frenuloplastia
D7970 Escisión de tejido hiperplásico: por arco
D7971 Escisión de encía pericoronar
D7972 Reducción quirúrgica de tuberosidad fibrosa
D7979 Sialolitotomía no quirúrgica
D7980 Sialolitotomía
D7981 Escisión de la glándula salival, por informe
D7982 Sialodocoplastia
D7983 Cierre de la fístula salival
D7990 Traqueotomía de emergencia
D7991 Coronoidectomía
D7995 Injerto sintético: huesos faciales o mandibulares, por informe
D7997 Extracción de aparato (no por dentista que lo colocó), incluye extracción de la barra de arco
D7999 Procedimiento de cirugía bucal no especificada, por informe

Ortodoncia.

D8080 Tratamiento de ortodoncia integral de la dentición de la adolescencia
D8210 Terapia con aparato extraíble
D8220 Terapia con aparato fijo
D8660 Visita previa al tratamiento de ortodoncia
D8670 Visita de tratamiento de ortodoncia periódica (como parte del contrato)
D8680 Retención de la ortodoncia (extracción de aparatos, construcción y colocación de retenedores)
D8681 Ajuste de retenedor de ortodoncia extraíble
D8691 Reparación de aparato de ortodoncia
D8692 Reemplazo de retenedor extraviado o roto
D8693 Recementado o reunión: y/o reparación, según sea necesario, de retenedores fijos

D8694 Reparación de retenedores fijos, incluye recolocación
D8999 Procedimiento de ortodoncia no especificado, por informe

Servicios complementarios

D9110 Tratamiento paliativo (de emergencia) para el dolor dental: procedimiento menor
D9120 Seccionamiento de prótesis dental parcial fija
D9210 Anestesia local no en conjunto con procedimientos de operaciones o quirúrgicos
D9211 Anestesia de bloqueo regional
D9212 Anestesia de bloqueo del nervio trigémino
D9215 Anestesia local en conjunto con procedimientos de operaciones o quirúrgicos
D9222 Sedación/analgesia profunda, primeros 15 minutos
D9223 Sedación profunda/anestesia general - incrementos cada 15 minutos
D9230 Inhalación de óxido de nitrógeno/analgesia
D9239 Sedación/anestesia intravenosa moderada (consciente), primeros 15 minutos
D9243 Sedación/analgesia intravenosa moderada consciente, incremento cada 15 minutos
D9248 Sedación consciente no intravenosa
D9310 Consulta: servicio de diagnóstico proporcionado por un dentista o médico que no sea el dentista o médico que lo solicita
D9311 Consulta con un profesional médico
D9410 Visita al hogar o centro de atención extendida
D9420 Centro de llamadas de cirugía ambulatoria u hospital
D9430 Visitas al consultorio por observación (en el horario habitual programado): sin otros servicios suministrados
D9440 Visita al consultorio: después del horario habitual programado
D9610 Fármaco parenteral terapéutico, una sola administración
D9612 Fármacos parenterales terapéuticos, dos o más administraciones, medicamentos diferentes
D9910 Aplicación de medicamentos desensibilizantes
D9930 Tratamiento de complicaciones (posquirúrgico): circunstancias no habituales, por informe
D9950 Análisis de oclusión: caso montado



Plan PPO de California Family Dental

D9951 Ajuste oclusal: limitado

D9952 Ajuste oclusal: completo

D9999 Procedimiento complementario no especificado, por informe



Plan PPO de California Family Dental

CLASES DE SERVICIOS Y SUMINISTROS CUBIERTOS (Individuos adultos mayores de 19 años)

Se brinda cobertura para los servicios y suministros dentales descritos en esta sección.

Tenga en cuenta las limitaciones de frecuencia y edad que se aplican para determinados procedimientos. Todos los límites de frecuencia especificados se aplican al día.

En el caso de Su póliza, los Servicios y suministros cubiertos específicos pueden estar dentro de una categoría Clase que no sea la que se indica a continuación. Si Su póliza tiene categorizaciones de Clase diferentes de las que se indican a continuación, esto se especifica en el Programa de beneficios.

Clase I: Servicios odontológicos preventivos

- Exámenes integrales, exámenes periódicos, evaluaciones, reevaluaciones, exámenes bucales limitados o evaluaciones periodontales. Limitado a 1 por cada período de 6 meses, excepto para el tratamiento de emergencia.
- Profilaxis dental (limpieza y limpieza de sarro). El beneficio se limita a 1 profilaxis dental o 1 procedimiento de mantenimiento periodontal por período de 6 meses, pero no ambos.
- Tratamiento con aplicación tópica de fluoruro.
 - Se limita a 1 por período de 6 meses.
- Tratamiento paliativo (de emergencia) para el dolor dental.
 - Considerado para pago como un beneficio por separado solo si no se proporciona ningún otro tratamiento (excepto radiografías) durante la misma visita.
- Las aplicaciones de selladores se limitan a 1 por período de 36 meses,

sobre fosas y fosetas no restauradas del 1.^{er} y 2.^{do} molar permanente.

- Radiografías:
 - Serie completa de radiografías intrabucales, incluida la aleta de mordida y 10 a 14 radiografías periapicales o radiografías panorámicas. Se limita a 1 por período de 60 meses. El monto pagadero por el total de radiografías periapicales intrabucales y aleta de mordida se limita a la asignación máxima para una serie completa de radiografías intrabucales en un año calendario.
 - Radiografías de aleta de mordida (dos o cuatro radiografías). Se limita a 1 por período de 12 meses. El monto pagadero por el total de radiografías periapicales intrabucales y aleta de mordida se limita a la asignación máxima para una serie completa de radiografías intrabucales en un año calendario.
- Otras radiografías:
 - Radiografías periapicales intrabucales.
 - El monto pagadero por el total de radiografías periapicales intrabucales y aleta de mordida se limita a la asignación máxima para una serie completa de radiografías intrabucales en un año calendario.
 - Radiografías oclusales intrabucales, se limitan a 1 radiografía por arco por período de 6 meses.
 - Radiografías extrabucales, se limitan a 1 radiografía por período de 6 meses.
 - Otras radiografías (excepto radiografías relacionadas con procedimientos de ortodoncia o disfunción de la articulación temporomandibular).
- Separadores, incluidos todos los ajustes realizados dentro de los 6 meses de instalación.



Plan PPO de California Family Dental

Clase II: Servicios odontológicos básicos

- Restauraciones de compuesto o amalgama, se limitan a lo siguiente:
 - Varias restauraciones en una única superficie se considerarán una sola restauración.
 - Varias restauraciones en distintas superficies del mismo diente se considerarán relacionadas.
 - Los beneficios para reemplazo de una restauración existente solo se considerará para pago si han pasado al menos 36 meses desde que se realizó la restauración existente (excepto en circunstancias extraordinarias relacionadas con medios externos, violentos o accidentales o debido a radioterapia).
 - No se cubren empastes adicionales en la misma superficie de un diente en menos de 36 meses, por el mismo consultorio o el mismo Dentista, excepto en circunstancias extraordinarias relacionadas con medios externos, violentos o accidentales o debido a radioterapia.
 - Revestimientos y bases sedantes se consideran parte de un servicio de restauración y no se pagan como procedimientos separados.
 - Las restauraciones de compuesto también se limitan a lo siguiente:
 - Las restauraciones mesial-lingual, distal-lingual, mesial-facial, y distal-facial en dientes anteriores se considerarán restauraciones en una única superficie.
 - El grabado ácido no se cubre como un procedimiento separado.
 - Los beneficios se limitan solo a dientes anteriores.
 - Los beneficios para restauraciones de resina de compuesto en dientes posteriores se limitan al

beneficio para la restauración de amalgama correspondiente.

- Pernos, junto con una restauración de amalgama final.
- Coronas de acero inoxidable, se limitan a 1 por período de 36 meses para dientes que no pueden restaurarse mediante un empaste compuesto o amalgama.
- Procedimiento de mantenimiento periodontal (después del tratamiento activo). El beneficio se limita a 1 procedimiento de mantenimiento periodontal o 1 profilaxis dental por período de 6 meses, pero no ambos.
- Los procedimientos de mantenimiento periodontal pueden utilizarse en aquellos casos en los que el paciente ha completado la terapia periodontal activa, y comienza no antes de los 3 meses posteriores. El procedimiento incluye cualquier examen para evaluación, curetaje, planeación radicular y/o pulido, según sea necesario.
- Las consultas, incluidas las consultas con especialistas, se limitan a lo siguiente:
 - Considerado para pago como un beneficio por separado solo si no se proporciona ningún otro tratamiento (excepto radiografías) durante la misma fecha.
 - Los beneficios no se considerarán para pago si el objetivo de la consulta es describir el Plan de tratamiento odontológico.

Clase III: Servicios odontológicos principales

- Las incrustaciones y recubrimientos (metálicos) se limitan a lo siguiente:
 - Se cubren solo cuando el diente no puede restaurarse mediante un empaste compuesto o amalgama.
 - Se cubren solo si han pasado más de 5 años desde la última



Plan PPO de California Family Dental

- colocación.
- El procedimiento de reconstrucción se considera cubierto y está incluido en la tarifa.
- Los beneficios se basan en la fecha de cementación.
- Las restauraciones de porcelana en dientes anteriores se limitan a lo siguiente:
 - Se cubren solo cuando el diente no puede restaurarse mediante un empaste compuesto o amalgama.
 - Se cubren solo si han pasado más de 5 años desde la última colocación.
 - Se limitan a dientes permanentes. Las restauraciones de porcelana en dientes primarios sobrerretenidos no están cubiertas.
 - El procedimiento de reconstrucción se considera cubierto y está incluido en la tarifa.
 - Los beneficios se basan en la fecha de cementación.
- Las coronas fundidas se limitan a lo siguiente:
 - Se cubren solo cuando el diente no puede restaurarse mediante un empaste compuesto o amalgama.
 - Se cubren solo si han pasado más de 5 años desde la última colocación.
 - Se limitan a dientes permanentes. Las coronas fundidas en dientes primarios sobrerretenidos no están cubiertas.
 - Las coronas en terceros molares están cubiertas cuando los primeros o segundos molares adyacentes faltan y el diente está en función junto con un diente natural opuesto.
 - El procedimiento de reconstrucción se considera cubierto e incluido en la tarifa.
 - Los beneficios se basan en la fecha de cementación.
- El alargamiento de la corona se limita a un solo sitio cuando los dientes continuos están involucrados.
- Los puentes, coronas e incrustaciones recementadas se limitan a 3 por diente, 12 meses después de la última cementación.
- Poste y muñón:
 - Se cubre para dientes con tratamiento de endodoncia, que requieren coronas.
 - Se cubre 1 poste y muñón por diente.
- Las prótesis dentales completas se limitan a lo siguiente:
 - Se limita a 1 prótesis dental completa por arco.
 - El reemplazo se cubre solo si han pasado 5 años desde el último reemplazo Y la prótesis dental completa no es útil (para ver las excepciones, consulte la cláusula Agregado/Reemplazo de puente o prótesis dental en Exclusiones y limitaciones).
 - Los servicios incluyen cualquier ajuste o realineado realizado dentro de los 12 meses de la inserción inicial.
 - No pagaremos beneficios adicionales por sobredentaduras o prótesis dentales personalizadas o tratamientos relacionados.
 - Los beneficios para prótesis dentales se basan en la fecha de prestación del servicio.
- Las prótesis dentales parciales, incluido cualquier gancho y soporte y todos los dientes, se limitan a lo siguiente:
 - Se limitan a una prótesis dental por arco.
 - El reemplazo se cubre solo si han pasado 5 años desde el último reemplazo Y la prótesis dental parcial no es útil (para ver las excepciones, consulte la cláusula Agregado/Reemplazo de puente o prótesis dental en Exclusiones y limitaciones).
 - Los servicios incluyen cualquier ajuste o realineado realizado dentro de los 12 meses de la inserción inicial.
 - No hay beneficios por sujetadores de precisión o semiprecisión.
 - Los beneficios para prótesis dentales parciales se basan en la



Plan PPO de California Family Dental

- fecha de prestación del servicio.
- Los ajustes de prótesis dental se limitan a lo siguiente:
 - Una vez en un período de 12 meses.
 - Ajustes realizados después de 12 meses de la inserción de la prótesis dental.
- Las reparaciones de prótesis dentales parciales o completas, puentes y coronas se limitan a reparaciones o ajustes realizados hasta 3 veces luego de la inserción inicial.
- Las prótesis dentales reajustadas se limitan a una vez por período de 12 meses.
- Las prótesis dentales realineadas son un beneficio cubierto 12 meses después de la inserción inicial de la prótesis dental.
 - Se limitan a una vez por período de 12 meses.
- El acondicionamiento de los tejidos se limita a una vez en un período de 12 meses.
- Los puentes fijos (incluidos los puentes Maryland) se limitan a lo siguiente:
 - Los beneficios para el reemplazo de un puente fijo existente son pagaderos solo si el puente existente:
 - Tiene más de 5 años (para ver las excepciones, consulte la cláusula Agregado/Reemplazo de puente o prótesis dental en Exclusiones y limitaciones).
 - No es útil.
 - No se cubre un puente fijo que reemplace la parte extraída de un diente hemiseccionado.
 - No se cubrirá la colocación ni el reemplazo de un puente Cantilever en dientes posteriores.
 - Los beneficios para puentes se basan en la fecha de cementación.
- Los puentes recementados se limitan a reparaciones o ajustes realizados 12 meses después de la inserción inicial.
- Los servicios de cirugía bucal según se enumeran a continuación, incluida una asignación para anestesia local y atención posoperatoria de rutina:
 - Extracciones simples
 - Extracciones quirúrgicas, incluida la extracción de terceros molares con patologías (muelas del juicio).
 - Alveoloplastia.
 - Vestibuloplastia.
 - Extracción de exostosis (incluidos rodetes): maxilar o mandibular.
 - Frenulectomía (frenectomía o frenotomía).
 - Escisión de tejido hiperplásico: por arco.
- La reimplantación de diente y/o estabilización de alveolo y/o diente desplazado o avulsionado accidentalmente se limita solo a dientes permanentes.
- Extracción radicular: raíces expuestas.
- Biopsia
- Incisión y drenaje.
- Se considerará para pago el procedimiento más abarcador cuando se realicen dos o más procedimientos quirúrgicos.
- Pulpotomía (solo dientes primarios).
- Terapia en el conducto radicular:
 - Se incluyen todas las radiografías preoperatorias, operatorias y posoperatorias, cultivos bacteriológicos, pruebas de diagnóstico, anestesia local, todos los irrigantes, la obstrucción de los conductos radiculares y la atención de seguimiento de rutina.



Plan PPO de California Family Dental

- Se limita a una vez en el mismo diente por período de 24 meses por el mismo proveedor.
- Se limita a dientes permanentes únicamente.
- Apicectomía/cirugía perirradicular (anterior, bicúspide, molar, cada raíz adicional), incluidas todas las radiografías preoperatorias, operatorias y posoperatorias, cultivos bacteriológicos, pruebas de diagnóstico, anestesia local y la atención de seguimiento de rutina.
- Empaste retrógrado: por raíz.
- Amputación radicular: por raíz.
- Hemisección, incluida cualquier extracción de raíz y una asignación para anestesia local, y la atención posoperatoria de rutina no incluye un beneficio para terapia en el conducto radicular.
- La limpieza de sarro periodontal y planeación radicular se limitan a lo siguiente:
 - 4 o más dientes por cuadrante, se limita a un mínimo de bolsillos de 5 mm (por diente), con evidencia radiográfica de pérdida ósea, se cubre 1 vez por cuadrante por período de 24 meses.
 - 1 a 3 dientes por cuadrante, se limita a un mínimo de bolsillos de 5 mm (por diente), con evidencia radiográfica de pérdida ósea, se cubre 1 vez por área por período de 24 meses.
 - En circunstancias no habituales, puede presentarse documentación adicional para revisión.
 - La planeación radicular luego de una cirugía ósea es un beneficio después de 36 meses en la misma área.
- Los servicios periodontales relacionados enumerados a continuación se limitan a una vez por cuadrante de la boca en cualquier período de 36 meses con cargos combinados para los procedimientos que se indican a continuación:
 - Procedimiento de colgajo gingival
 - Procedimientos de gingivectomía
 - Cirugía ósea
 - Injertos de tejido pediculado
 - Injertos de tejido blando
 - Injertos de tejido subepitelial
 - Injertos de reemplazo óseo
 - Regeneración guiada de tejidos
 - Procedimiento de alargamiento de la corona: tejido duro
 - Se considerará para pago el procedimiento más abarcador cuando se realicen 2 o más procedimientos quirúrgicos.
- La anestesia general y sedación intravenosa se limitan a lo siguiente:
 - Considerado para pago como un beneficio por separado solo cuando sea necesario desde el punto de vista médico y cuando se administra en el consultorio del Dentista o en el centro de cirugía ambulatoria, junto con servicios quirúrgicos bucales complejos, cubiertos conforme a la Póliza.
 - No es un beneficio para el control del miedo y la ansiedad.
 - La sedación oral no es un beneficio cubierto.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Tratamiento fuera del área de servicios con cobertura

el tratamiento fuera de su estado con cobertura y/o de los Estados Unidos no está cubierto, a menos que el tratamiento sea de emergencia.

Limitaciones de dientes faltantes

Es posible que una persona cubierta tenga ausencia congénita de uno o más dientes, o bien haya perdido o le hayan extraído uno o más dientes antes de obtener la cobertura en virtud de esta Póliza. Durante los primeros 24 meses de



Plan PPO de California Family Dental

cobertura, no se cubrirá una prótesis completa, parcial o puente fijo cuando se reemplace uno o más dientes perdidos o extraídos antes de estar cubierto por esta Póliza.

Agregado/Reemplazo de puente o prótesis dental

- Se cubre el reemplazo de una prótesis dental completa, una prótesis dental parcial o un puente fijo cuando:
 - Han pasado 5 años desde el último reemplazo de prótesis dental o puente.
 - La prótesis dental o el puente se dañaron mientras estaban colocados en la boca de la Persona cubierta cuando esta sufrió una lesión que implicó medios externos, violentos o accidentales. La lesión debe haber ocurrido mientras la persona estaba asegurada conforme a esta Póliza, y el aparato no es útil.

Sin embargo, se aplicarán las siguientes excepciones:

- Se cubrirán los beneficios para el reemplazo de una prótesis dental existente menor a 5 años si existe una extracción necesaria desde el punto de vista odontológico de un diente natural adicional en funcionamiento que no puede agregarse a la prótesis dental parcial existente.
- Se pagarán los beneficios para el reemplazo de un puente fijo existente menor a 5 años si existe una extracción necesaria desde el punto de vista odontológico de un diente natural adicional en funcionamiento, y el diente extraído no era un soporte de un puente existente.
- El reemplazo de un puente perdido no es un beneficio cubierto.
- Un puente para reemplazar raíces extraídas cuando falta la mayor parte

de la corona natural no es un beneficio cubierto.

- No se considerará como beneficio cubierto un diente extraído si el diente era un soporte de una prótesis existente menor a 5 años.
- El reemplazo de una prótesis dental parcial, una prótesis dental completa, una corona o un puente con unidades más costosas/diferentes tipos de unidades se limita al beneficio correspondiente para la unidad existente que se reemplaza.

Implantes

no se cubren los implantes, ni los procedimientos y aparatos relacionados con ellos.

Exclusiones generales

Los Servicios y suministros cubiertos no incluyen los siguientes:

1. Tratamiento que:
 - a. no esté incluido en la lista de Servicios y suministros cubiertos;
 - b. no sea necesario desde el punto de vista odontológico; o
 - c. sea de naturaleza experimental.
2. Los cargos:
 - d. Que sean pagaderos o reembolsables por o a través de un plan o programa de cualquier agencia gubernamental, salvo si el cargo está relacionado con una discapacidad surgida en servicio no militar y que una agencia gubernamental de los Estados Unidos brinde tratamiento. Sin embargo, la póliza siempre reembolsará a la agencia de asistencia médica local o estatal (Medicaid) por los servicios y suministros cubiertos.
 - e. Que no sean impuestos en contra de la persona o por los cuales la persona no es responsable.
 - f. Que sean reembolsables por Medicare Parte A y Parte B. Si una persona en cualquier momento tuvo derecho a inscribirse en el



Plan PPO de California Family Dental

programa Medicare (incluso la Parte B) pero no lo hizo, se reducirá de sus beneficios en virtud de esta Póliza el monto que hubiera sido reembolsado por Medicare, cuando la ley lo permita.

3. Los servicios o suministros que surjan de o durante el transcurso de Su ocupación habitual remunerada o productiva por la que a Usted o a Su dependiente se le paga en virtud de cualquier Ley de Compensación para Trabajadores, la Ley de Responsabilidad del Empleador o leyes similares. Debe reclamar y notificar todos estos beneficios de inmediato. Pueden recuperarse los beneficios pagados conforme a esta póliza que también se pagan conforme a cualquier Ley de Compensación para Trabajadores, Ley de Responsabilidad del Empleador o leyes similares.
4. Los servicios o suministros proporcionados por un dentista, higienista dental, técnico dental o médico que sea un Familiar cercano o una persona que normalmente vive con Usted o un Dependiente.
5. Los servicios y suministros que no se prevea razonablemente que corrijan con éxito la afección dental de la Persona cubierta durante un período de al menos 3 años.
6. Todos los servicios para los que se reciba un reclamo más de un año después de la fecha del servicio.
7. Los servicios y suministros provistos como un procedimiento dental y considerados un procedimiento según los códigos de procedimientos odontológicos estándares, pero separados en múltiples códigos de procedimientos con fines de facturación. El Cargo cubierto por los Servicios se basa en el código de procedimiento odontológico que representa exactamente el tratamiento realizado.
8. Los servicios y suministros proporcionados principalmente para fines cosméticos, incluido el blanqueamiento.
9. Los servicios y suministros recibidos fuera de los Estados Unidos, salvo en el caso de tratamiento de emergencia.
10. La corrección de afecciones congénitas o el reemplazo de dientes permanentes ausentes por cuestiones congénitas.
11. Moldes de diagnóstico.
12. Los procedimientos educativos, incluidos, entre otros, higiene bucal, control de sarro o instrucciones sobre dietas.
13. El equipo o los suministros personales, incluidos, entre otros, irrigadores bucales, cepillos de dientes o porta-hilo dental.
14. Los procedimientos restaurativos, conductos radiculares y aparatos provistos por desgaste, abrasión, erosión, abfracción o para fines cosméticos cuando no hay caries.
15. Laminados.
16. Los aparatos, las incrustaciones, las restauraciones fundidas, las coronas y los puentes u otras restauraciones preparadas por laboratorios usadas principalmente como ferulización (estabilización temporaria de dientes).
17. El reemplazo de un aparato o prótesis perdido o robado.
18. El reemplazo de dentaduras postizas parciales.
19. La extracción de dientes sin patologías, incluidos dientes supernumerarios.
20. Los injertos óseos para preservar la base.
21. Los cargos de un hospital o centro por habitación, gastos por suministros o de la sala de emergencias, radiografías de tórax de rutina y exámenes médicos antes de una cirugía bucal.
22. Tratamiento para una fractura de mandíbula.
23. Los servicios, suministros y aparatos relacionados con el cambio de dimensión vertical, restauración o mantenimiento de oclusión, ferulización o estabilización de dientes por motivos de periodoncia, registro de la mordida, análisis de la mordida, desgaste, erosión, abrasión y tratamiento para la disfunción de la articulación temporomandibular (temporomandibular joint, TMJ), a menos que se incluya una cláusula de beneficios de TMJ en esta póliza.
24. Servicios de ortodoncia que no son necesarios desde el punto de vista médico, suministros, aparatos y servicios relacionados con la ortodoncia.
25. La sedación oral y la analgesia con óxido nitroso no están cubiertas.



Plan PPO de California Family Dental

- 26. Inyección de fármacos terapéuticos.
- 27. Cargos por completar formularios de reclamación.
- 28. Las citas odontológicas a las que no asista.



Aviso informar a las personas sobre los requisitos de no discriminación y accesibilidad

La discriminación está en contra de la ley

Guardian y sus subsidiarias cumplen con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discriminan sobre la base de raza, color, origen nacional, edad, incapacidad, sexo, o identidad de género real o percibida. No excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, incapacidad, sexo o identidad de género real o percibida.

Guardian y sus subsidiarias proveen ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse efectivamente con nosotros, tales como: intérpretes calificados de lenguaje de señas; información escrita en otros formatos (impresión grande, audio, formatos electrónicos accesibles); y proporciona servicios de idiomas gratuitos a personas cuyo idioma primario no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios:

Para Group Insurance, llame al número de teléfono de su tarjeta de identificación.

Para Individual Coverage, por favor llame 844-561-5600

Para TTY/TDD, marque 7-1-1

Si usted cree que el guardián o sus subsidiarias no han proporcionado estos servicios o si ha discriminado contra usted basado en raza, color, origen nacional, edad, incapacidad, sexo, o identidad de género real o percibida, usted puede presentar una queja con:

Guardian Civil Rights Coordinator

ATTN: Chandra Downey, Assistant Vice President Commercial & Government Markets Compliance

The Guardian Life Insurance Company of America

10 Hudson Yards

New York, New York 10001

212-598-8000

Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de derechos civiles del guardián está disponible para ayudarle. También puede presentar una queja por derechos civiles con el Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos, oficina de derechos civiles, electrónicamente a través del portal de quejas de la oficina de derechos civiles, disponible en:

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Por correo o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue

SW Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019

1-800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Guardian subsidiaries include First Commonwealth Inc. subsidiary companies, Managed Dental Care, Managed Dental Guard, Inc., Avësis Incorporated, Premier Access Insurance Company and Access Dental Plan, Inc.

Guardian® is a registered service mark of The Guardian Life Insurance Company of America, New York, New York.

© 2019 The Guardian Life Insurance Company of America. All rights reserved.



No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call Member Services (TTD/TTY 7-1-1). Guardian® and its subsidiaries* comply with applicable Federal civil rights laws and do not discriminate because of race, color, national origin, age, disability, sex, or actual or perceived gender identity.

SPANISH – Servicios de idiomas sin costo. Puedes obtener un intérprete. Puede obtener documentos leídos y algunos enviados a usted en su idioma. Para obtener ayuda, llame a Servicios para Miembros (TTD / TTY 7-1-1). Guardian® y sus subsidiarias* cumplen con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo o identidad de género real o percibida.

ARMENIAN - Չկան ծախսերի լեզուների ծառայություններ: Դուք կարող եք ստանալ թարգմանիչ: Դուք կարող եք ստանալ փաստաթղթեր կարդալու ձեզ և ոմանք ձեր լեզվով ուղարկված են: Օգնության համար զանգահարեք Անդամների ծառայություններ: Guardian® ը և նրա դուստր ձեռնարկությունները համապատասխանում են դաշնային քաղաքացիական իրավունքի մասին օրենքներին և չեն խտրում ռասայի, գույնի, ազգային ծագման, տարիքի, հաշմանդամության կամ սեռի հիման վրա:

ARABIC - الحصول على مترجم. يمكنك الحصول على وثائق تفرا لك والبعض أرسلت لك في لغتك. للحصول على تعليمات، اتصل بخدمات الأعضاء. ويمثل الوصي والفروع التابعة له لقوانين الحقوق المدنية الاتحادية - السارية ولا يميز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو السن أو الإعاقة أو الجنس.

BENGALI - কোনো কস্ট ল্যাঙ্গুয়েজ সার্ভিস নেই। দোভাষী পেতে পারেন। আপনি আপনার কাছে আপনার কাছে পাঠানো নথিপত্র পেতে পারেন এবং আপনার ভাষায় কিছু পাঠিয়েছেন। সাহায্যের জন্য, কল মেম্বার সার্ভিস। "গার্ডিয়ান" এবং এর সাবসিডিয়ারি * প্রযোজ্য ফেডারেল নাগরিক অধিকার আইন এবং জাতি, রঙ, জাতীয় উৎপত্তি, বয়স, অক্ষমতা, বা লিঙ্গের ভিত্তিতে বৈষম্যমূলক ব্যবহার করে না।

CAMBODIAN - មិនមានសេវាកម្មភាសាថ្លៃទេ។ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែ អ្នកអាចអានឯកសារដែលអ្នកបានអានហើយខ្លះធ្វើទៅអ្នកជាភាសារបស់អ្នក។ សំរាប់ជំនួយសូមហៅទូរស័ព្ទទៅសេវាកម្មសមាជិក។ "អាណាព្យាបាល" និងក្រុមហ៊ុនបុត្រសម្ព័ន្ធ * របស់ការពារកម្ពុជាសិទ្ធិស៊ីវិលរបស់សហព័ន្ធហើយមិនរើសអើងលើមូលដ្ឋានពូជសាសន៍ពណ៌សម្បុរដើមកំណើតអាយុពិការភាពឬការរួមភេទឡើយ។

CHINESE - 无成本语言服务。你可以找个翻译。您可以将文档读给您，有些则用您的语言发送给您。有关帮助，请致电会员服务。监护人及其附属公司 * 遵守适用的联邦民权法，不因种族、肤色、国籍、年龄、残疾或性别而受到歧视。

FRENCH - Aucun coût des services linguistiques. Vous pouvez obtenir un interprète. Vous pouvez obtenir des documents lus pour vous et certains qui vous sont envoyés dans votre langue. Pour de l'aide, appelez les services aux membres. Guardian® et ses filiales* respectent les lois fédérales applicables en matière de droits civiques et ne discriminent pas sur la base de la race, de la couleur, de l'origine nationale, de l'âge, du handicap ou du sexe.

GERMAN - Keine Kosten Sprachdienstleistungen. Sie können einen Dolmetscher bekommen. Sie können Dokumente lesen, um Sie und einige an Sie in ihrer Sprache. Rufen Sie die Mitglieder Dienste auf, um Hilfe zu leisten. Der Guardian® und seine Tochtergesellschaften * entsprechen den geltenden Bundes bürgerlichen Rechtsvorschriften und diskriminieren nicht auf der Grundlage von Rasse, Farbe, nationaler Herkunft, Alter, Behinderung oder Geschlecht.

HAITIAN-CREOLE - Pa gen sèvis kombinazon lang. Ou ka jwenn von entèprèt. Ou ka jwenn dokiman li pou ou ak kèk voye pou nou nan lang ou. Pou èd, rele sèvis manb. Guardian®, epi li filiales * soumèt li a aplikab lwa Federal dwa sivil pa diskrimine sou baz ras, koulè, orijin nasyonal, laj, enfimite, oubyen sèks

HINDI - कोई लागत भाषा सेवाएं। तुम एक दुभाषिया प्राप्त कर सकते हैं। आप दस्तावेज़ आप को पढ़ने के लिए और कुछ अपनी भाषा में आप के लिए भेजा प्राप्त कर सकते हैं। मदद के लिए, सदस्य सेवाएं कॉल करें। द गार्जियन और उसकी सहायक कंपनियां * लागू संघीय नागरिक अधिकार कानूनों का अनुपालन करती हैं और जाति, रंग, राष्ट्रीय मूल, आयु, विकलांगता या सेक्स के आधार पर भेदभाव नहीं करती।

HMONG - Tsis muaj nqi lus pab. Koj yuav tau ib tug neeg txhais lus. Koj yuav tau txais tej ntaub ntauv nyeem rau koj thiab ib co rau koj xa koj cov lus. Pab, hu rau Member Services. Guardian® thiab nws cov subsidiaries* raws li muaj txog neeg txoj cai tsoom fvw teb chaws thiab cais ib haiv neeg, xim, keeb kwm teb chaws, hnub nyoog, mob xiam oob qhab los yog pw ua ke.

ITALIAN – Servizi linguistici senza costi. È possibile ottenere un interprete. È possibile ottenere documenti letti a voi e alcuni inviati a voi nella vostra lingua. Per assistenza, chiamare i servizi membri. Guardian® e le sue filiali* sono conformi alle leggi federali vigenti in materia di diritti civili e non discriminano sulla base di razza, colore, origine nazionale, età, invalidità o sesso.

