

Guía de Políticas Generales

Dentistas Participantes

Cubierta Dental

Seguro de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico

Molina Healthcare of Puerto Rico, Inc.

ADMINISTRADO POR

DELTA DENTAL OF PUERTO RICO, INC.



Delta Dental of PR, Inc.

PO BOX 9024160

San Juan, PR 00902-4160

Centro de Llamadas

1-866-622-6120

TARJETA DE IDENTIFICACION

La tarjeta del Plan es muy valiosa pues brinda la información que necesita para hacer la facturación a la aseguradora. Cada miembro de la familia que participe del Plan tendrá una tarjeta. Esta tarjeta no puede ser prestada a ningún otro miembro.

A continuación incluimos un modelo de la tarjeta de identificación:

	
Beneficiario: Juan del Pueblo Cubierta: 100-Federal MPI: 1234567891234 Médico Primario: Medico de Pueblo	
Fecha de efectividad.: 04/01/2015 Grupo Primario: Medico del Pueblo Grupo Primario #: 0123 Parentesco: Asegurado Principal BIN/PCN: 010868/HCR Grupo Rx: GHMOL	Generalista: \$0 Especialista: \$0 Subespecialista: \$0 Hospital: \$0 Emergencia: \$0 Laboratorio: \$0 Rayos X: \$0 Farmacia: \$1/\$3
No se cobrará ningún copago a mujeres embarazadas ni a menores. Los copagos dentro de la Red Preferida son \$0.	

⇒ El área de Cubierta señalada con las flechas es a la que tiene que prestar atención para usar con el documento de Co – pagos (en la siguiente página), si estos aplicarán o no. El área de MPI es el número de identificación de cada miembro.



Beneficiario: Emergencias (24hrs):
 Cuando una emergencia pueda resultar en su muerte o incapacidad, llame al 911 inmediatamente o vaya a la sala de emergencia más cercana. Los servicios de emergencia no requieren autorización previa.

Member: Emergencias (24hrs): When a medical emergency might lead to disability or death, call 911 immediately or go to nearest Emergency Room. No prior authorization is required for emergency care.

Proveedor: Notifique al Plan del Salud toda hospitalización de pacientes en un plazo de 24 horas.

www.psgmolinahealthcare.com
Servicios al beneficiario: (877) 335-3305
Línea de Consultas Médicas: (888) 620-1515
Línea libre de cargos disponible 24 horas al día, los 7 días de la semana
TTY: (787) 522-8281
Servicios al proveedor: (888) 558-5501

Esta tarjeta es solamente para propósitos de identificación y no es evidencia de que usted está certificado como elegible para recibir servicios de salud bajo el Plan de Salud del Gobierno. Esta tarjeta no podrá ser utilizada por cualquier otra persona que no sea el Participante del Plan de Salud del Gobierno identificado en la tarjeta.

This card is for identification purposes and does not prove eligibility for service. Enrollee ID Card may not be used under any circumstance by a person other than the identified enrollee.



CO-PAGOS

Los siguientes co-pagos aplican a los beneficiarios del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (Molina Healthcare of PR, Inc.). Estos han sido establecidos por la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES):

Tabla de Co-Pagos - Efectivo desde el 1ro de julio de 2016

	Federal				CHIPs		Commonwealth Population				*ELA
	100	110	120	130	220	230	300	310	320	330	400
Dental	100	110	120	130	220	230	300	310	320	330	400
Preventivos (Niños)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Preventivos (Adultos)	\$0	\$1	\$1.50	\$2	\$0	\$0	\$2	\$2	\$3	\$5	\$3
Restaurativos	\$0	\$1	\$1.50	\$2	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$6	\$10

* ELA se refiere a los empleados públicos del gobierno de PR.

Los suscriptores pagarán un copago que será desde \$0.00 hasta \$10.00 por visita, dependiendo del nivel de indigencia. Los niños menores de 19 años y las mujeres embarazadas no pagarán deducible para ninguno de los servicios.

Recuerde verificar la elegibilidad y servicios disponibles de sus pacientes 24/7 a través del Portal www.deltadentalpr.com

Las radiografías no serán requeridas para los procedimientos dentales en Molina Healthcare of Puerto Rico, Inc., sin embargo estas tienen que estar disponibles en los expedientes para propósitos de las auditorías que van a realizarse.

PG – Políticas Generales

PG – Delta Dental procesará todas las reclamaciones que se reciban en 90 días o menos contados a partir de la fecha de servicio. Si la factura se recibe después de los 90 días será denegada por no cumplir con el tiempo límite para someter facturas.

Diagnóstico

D0120 – D0160

PG – Control de infecciones y preparación de bandejas están incluidos en el honorario de los servicios realizados.

PG – La evaluación oral comprensiva D0150 y la evaluación oral periódica D0120 incluyen la revisión de todo el tejido duro y suave de la cavidad oral, examen de cáncer oral y la preparación del “charting” para el plan de tratamiento.

PG – La evaluación, diagnóstico y plan de tratamiento son parte del honorario del examen y/o de los procedimientos diagnósticos.

- | | |
|--------------|--|
| D0120 | periodic oral evaluation – established patient
La evaluación periódica se considerará para pago cada 6 meses. |
| D0140 | limited oral evaluation – problem focused
La evaluación oral limitada se considerará como un examen de emergencia y será pagado 1 por año póliza. |
| D0150 | comprehensive oral evaluation – new or established patient
La evaluación oral comprensiva se considerará para pago 1 por año póliza. |
| D0160 | detailed and extensive oral evaluation - problem focused, by report
Esta evaluación será sólo para Cirujanos Maxilofaciales y se considerará para pago 1 por año póliza |

Radiografías

D0210 – D0330

PG – Los procedimientos diagnósticos como radiografías tienen que ser necesarias y estar unidas a los servicios cubiertos.

PG – Todas las radiografías tienen que estar debidamente identificadas, montadas y con la fecha del día en que fueron tomadas.

PG – Las radiografías sin valor diagnóstico no serán pagadas. Esta determinación la tomará un(a) Consultor(a) Dental.

D0210 Intraoral – complete series of radiographic images
Limitado a 1 cada 3 años (1 cada 36 meses).

D0220 Intraoral – periapical first radiographic image
Limitada a 1 por miembro por año póliza.

D0230 Intraoral – periapical each additional radiographic image
Las radiografías D0220 y D0230 estarán limitadas hasta un máximo de 6 radiografías en combinación por miembro por año póliza.

D0270 bitewing - single radiographic image
Limitada a 1 por miembro por año póliza.

D0272 bitewings – two radiographic images
Limitadas a 1 por año póliza.

D0330 panoramic radiographic image
Limitada a 1 cada 3 años (1 cada 36 meses).

Preventivo

D1110 – D1351

PG – Una limpieza dental hecha el mismo día como una limpieza periodontal, curetaje, detartaraje o alisado radicular será considerado parte de la limpieza e incluido en este procedimiento.

D1110 Prophylaxis - adult
Limitado a personas de 12 años en adelante y uno cada 6 meses.

D1120 Prophylaxis - child
Limitado a personas hasta 11 años y uno cada 6 meses.

Fluoruro Tópico

PG – La aplicación de fluoruro es un beneficio para pacientes menores de 19 años. Estará cubierto cuando se facture junto con la limpieza dental.

D1208 topical application of fluoride (under age 19)
Uno cada 6 meses.

Otros procedimientos preventivos

D1351 Sealant – per tooth (up to 14 year old)

El sellante de fisura también está cubierto en molares deciduas hasta el día que el asegurado cumpla los ocho (8) años cuando sea necesario por alto riesgo de caries. A estos le aplicarán las mismas reglas y limitaciones que en dientes permanentes, con la excepción que para los dientes permanentes este beneficio es para miembros hasta los 14 años de edad.

Cubierto uno por pieza en la superficie oclusal de pre molares y molares permanente en pacientes menores de 14 años. La pieza tiene que estar libre de caries y de restauraciones en la superficie oclusal. Estará limitado a 1 por pieza de por vida.

El sellantes realizado el mismo día de una restauración en la misma pieza, no será cubierto. Estará cubierta únicamente una restauración clase V.

Si se realiza un sellante, ninguna otra restauración estará cubierta hasta después de pasados 24 meses en la misma pieza.

Restaurativo

D2140 – D2940

PG – El honorario para una restauración incluye servicios tales como, pero no limitados a, preparaciones, adhesivos, grabados de esmaltes, bases, anestesia local, pulidos, ajustes oclusales, y remoción de caries.

PG – El pago por restauraciones de superficies se hace una vez cada 24 meses relacionado al número o combinaciones de restauraciones hechas.

PG – Restauraciones posteriores que envuelven las superficies proximales y oclusales son consideradas como una restauración para propósitos de pago.

- D2140** Amalgam- one surface, primary or permanent
- D2150** Amalgam- two surfaces, primary or permanent
- D2160** Amalgam- three surfaces, primary or permanent
- D2161** Amalgam- four or more surfaces, primary or permanent

Restauraciones en resinas

PG – En el caso de que una restauración anterior envuelva una porción significativa de una de las superficies labial o lingual, esta puede ser facturada como D2331 o D2332, como corresponda.

PG – Restauraciones hecha como resinas preventivas serán consideradas como sellantes para propósitos de pago.

PG – D2335 envuelve cuatro superficies incluyendo el ángulo incisal.

PG – Las superficies bucales de los bicúspides y molares pueden ser facturadas como un D2391.

- D2330** resin – based composite – one surface, anterior
- D2331** resin – based composite – two surfaces, anterior
- D2332** resin - based composite – three surfaces, anterior
- D2335** resin-based composite– four or more surfaces, or involving incisal angle (anterior)
- D2391** resin-based composite – one surface, posterior
Clase V, superficie bucal de bicúspides y molares
- D2930** prefabricated stainless steel crown – primary tooth
Se considerará para pago después de realizada una pulpotomia D3220

PG – El sedativo incluye la remoción de caries y colocar el cemento temporero.

- D2940** protective restoration
Se considerará 1 por diente cada 24 meses.

Endodoncias

D3120 – D3320

PG – El Tratamiento de canal incluye el plan de tratamiento, procedimientos clínicos y el cuidado de seguimiento.

PG – El pago por un tratamiento de canal incluye además, las radiografías, restauraciones temporeras y todos los procedimientos diagnósticos necesarios.

PG – El tratamiento de canal es un beneficio cubierto solamente en dientes permanentes.

- D3120** pulp cap – indirect (excluding final restoration)
Se considerará una vez cada 24 meses
- D3220** therapeutic pulpotomy (excluding final restoration) – removal of pulp coronal to the dentinocemental junction and application of medicament
Se considerará para pago a asegurados menores de 21 años
- D3221** pulpal debridement, primary and permanent teeth
- D3310** endodontic therapy, anterior tooth (excluding final restoration)
- D3320** endodontic therapy, bicuspid tooth (excluding final restoration)

El tratamiento paliativo realizado en conjunto con un tratamiento de canal por el mismo proveedor, estará incluido en el honorario del tratamiento de canal.

Tratamientos de canal incompletos no serán pagados por el plan ni cobrados al paciente.

Cirugia Oral y Maxilofacial

D7140 – D7510

PG – Las extracciones incluyen la anestesia local, sutura si es necesaria y cuidado postoperativo de rutina.

PG – Intentos no exitosos de extracción no son pagados por el plan ni cobrados al paciente.

- D7140** extraction, erupted tooth or exposed root
(elevation and/or forceps removal)

- D7210** extraction, erupted tooth requiring removal of bone/or sectioning of tooth, and including elevation of mucoperiosteal flap if indicated
- D7220** removal of impacted tooth – soft tissue
- D7230** removal of impacted tooth – partially bony
- D7240** removal of impacted tooth – completely bony
- D7241** removal of impacted tooth – completely bony, with unusual surgical complications
- D7250** removal of residual tooth roots (cutting procedure)

El honorario por extracción de raíces estará incluido en el honorario de extracción quirúrgica si es hecho por el mismo dentista y/o la misma oficina dental.

- D7510** Incision and drainage of abscess – intraoral soft tissue

Otros servicios

D9110 – D9930

PG – Tratamiento paliativo no se considera como beneficio cuando se realiza otro procedimiento excepto las radiografías y pruebas necesarias para diagnosticar la condición.

- D9110** palliative (emergency) treatment of dental pain – minor procedure
- D9223** deep sedation/general anesthesia – each 15 minute increment
Se considerará solo para Cirujanos Maxilofaciales
- D9420** hospital or ambulatory surgical center call
Pre autorización es requerida
- D9930** treatment of complications (post-surgical) - unusual circumstances, by report