

Guía de Políticas Generales
Dentistas Participantes
Cubierta Dental
Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico
(PSG)

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:



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.



CO-PAGOS

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

Tabla de Co-Pagos

	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 21 años y las mujeres embarazadas no pagarán deducible para ninguno de los servicios.

Ningún copago será cobrado a personas elegibles a CHIP, niños desde cero (0) a veinte (20) años de edad inclusive y mujeres embarazadas (servicios relacionados al embarazo o complicaciones del embarazo).

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 el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico, 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 personas de 6 años en adelante y 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, premolar 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
- D9222** deep sedation/general anesthesia - first 15 minutes
Se considerará solo para Cirujanos Maxilofaciales
- D9223** deep sedation/general anesthesia - each 15 minutes increment
Se considerará solo para Cirujanos Maxilofaciales
- D9420** hospital or ambulatory surgical center call
Pre autorización es requerida
***Ver Anejo 1 - Instrucciones de Facturación**
- D9930** treatment of complications (post-surgical) - unusual circumstances, by report