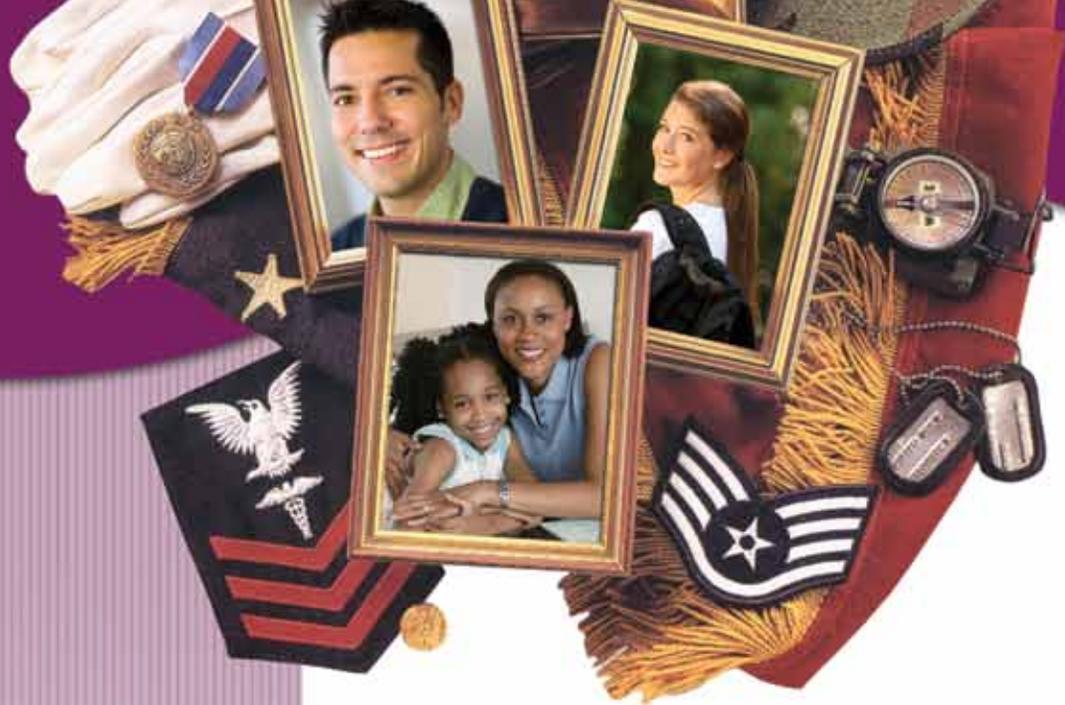
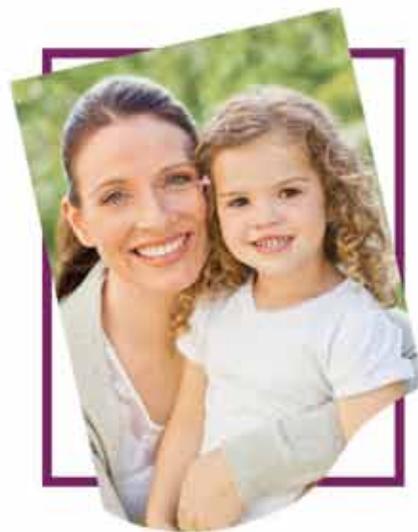


DENTAL



Manual de beneficios del Programa Dental TRICARE®

*Para familiares de miembros en
servicio activo y miembros de la Guardia
Nacional y la Reserva y sus familias*



Información de contacto y recursos del Programa Dental TRICARE (TDP)

MetLife en línea:

- Encuentre un dentista <https://mybenefits.metlife.com/tricare>
- Controle una reclamación
- Vea los detalles del diseño del plan
- Materiales de los beneficios del TDP (por ejemplo, manual, formularios)

Portal para la inscripción de beneficiarios por Internet:

- Inscripción www.tricare.mil/bwe
- Cancelación de la inscripción
- Agregue o elimine beneficiarios
- Vea las tarifas de primas
- Solicite la tarjeta de identificación del TDP

MetLife por teléfono:*

- Consultas generales CONUS
- Reclamaciones I-855-MET-TDPI (I-855-638-8371)
- Asistencia con la facturación
- Inscripción OCONUS
- Cancelación de la inscripción I-855-MET-TDP2 (I-855-638-8372)
- Agregue o elimine beneficiarios
- Solicite los materiales de los beneficios del TDP Servicio de teléfonos de texto (TDD/TTY) de MetLife para personas con discapacidades auditivas: I-855-MET-TDP3 (I-855-638-8373)

Inscripciones en papel:

- Inscribese por correo MetLife TRICARE Dental Program
- Envíe la copia del poder (si fuera necesario) P.O. Box 14185
Lexington, KY 40512

Presentación de reclamaciones:

- | | |
|---|--|
| CONUS | OCONUS |
| MetLife TRICARE Dental Program
P.O. Box 14181
Lexington, KY 40512 | MetLife TRICARE Dental Program
P.O. Box 14182
Lexington, KY 40512 |
| Fax: I-855-763-1333 | Fax: I-855-763-1334 |
| | E-mail: OCONUSdentalclaims@metlife.com |

* Puede comunicarse por teléfono con los representantes de MetLife durante las 24 horas, de domingo a las 6:00 p.m. (hora del Este) a viernes a las 10:00 p.m. (hora del Este), excepto los días feriados. Los representantes de atención al cliente pueden asistir a los beneficiarios en los siguientes idiomas: inglés, alemán, italiano, japonés, coreano y español.

Nota importante acerca de la información del Programa Dental TRICARE

El presente Manual de beneficios del Programa Dental TRICARE lo ayudará a conocer los servicios y beneficios del TDP. Al momento de la impresión, esta información está actualizada. Es importante recordar que las políticas y los beneficios de TRICARE están regulados por las normas federales y las leyes públicas. A medida que se modifican las normas federales y las leyes públicas, se realizan cambios en los programas de TRICARE. Para obtener la información más reciente, llame a MetLife al I-855-638-8371 (CONUS) o al I-855-638-8372 (OCONUS), o visite la página web <https://mybenefits.metlife.com/tricare>. Puede encontrar más información sobre TRICARE, incluido el Aviso de Prácticas de Privacidad de la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA), en la página web www.tricare.mil.

Tabla de contenidos

1. Programa Dental TRICARE	3
2. Elegibilidad e inscripción.....	4
Personas elegibles para inscribirse en el TDP	4
Verificación de la elegibilidad	4
Personas que no son elegibles para obtener la cobertura del TDP	5
Opciones de inscripción	5
Período de inscripción	6
Inscripción en el TDP	7
Fecha de vigencia de la cobertura	8
Evidencia de cobertura	8
Eventos que afectan la inscripción.....	8
Beneficios del TDP para sobrevivientes	12
3. Información importante para la Guardia Nacional y la Reserva.....	13
Evaluación de preparación dental para la Guardia Nacional y la Reserva	13
Cambio de estado del patrocinador	13
4. Elección de un dentista.....	15
Dentistas del área de servicio CONUS.....	15
Dentistas del área de servicio OCONUS.....	16
5. Costos y tarifas	17
Primas.....	17
Máximos.....	17
Costos compartidos	18
6. Beneficios y exclusiones del Programa Dental TRICARE.....	20
Políticas generales	20
Documentación necesaria para obtener servicios específicos	22
Servicios de diagnóstico	22
Servicios preventivos	25
Selladores	26
Servicios de restauración	26
Otros servicios de restauración.....	28
Servicios de endodoncia	31
Servicios periodontales.....	33
Servicios de prostodoncia.....	36
Servicios de implantes.....	40
Servicios de cirugía bucal y maxilofacial.....	41
Servicios de ortodoncia	43
Servicios generales	43

Métodos de tratamiento alternativos u opcionales	46
Servicios no cubiertos.....	46
Servicios complementarios.....	47
Anestesia dental y beneficio institucional.....	48
7. Servicios de ortodoncia	49
Elegibilidad.....	49
Servicios cubiertos.....	49
Máximo de por vida para ortodoncia	50
Tratamiento de ortodoncia en el área de servicio CONUS.....	51
Tratamiento de ortodoncia en el área de servicio OCONUS.....	52
Cambio de ortodoncista.....	54
8. Presentación de reclamaciones del Programa Dental TRICARE.....	55
Solicitudes de determinación previa.....	55
Reclamaciones en el área de servicio CONUS.....	55
Reclamaciones en el área de servicio OCONUS.....	56
Programa de Puntos de Contacto OCONUS	57
Explicación de los beneficios dentales	57
Otro seguro dental: coordinación de beneficios con el TDP	58
9. Viajes y traslados con el Programa Dental TRICARE	61
Viajes.....	61
Traslados.....	61
10. Apelaciones, quejas, fraudes y abusos.....	62
Proceso de apelaciones del Programa Dental TRICARE.....	62
Niveles de apelación	63
Quejas	64
Fraude y abuso.....	65
11. Siglas	66
12. Glosario	67
13. Declaración sobre la Ley de Privacidad	74
14. Lista de cuadros.....	75
15. Índice	76
16. Aviso de la HIPAA sobre las prácticas de privacidad.....	81

Para conocer las “Expectativas de los beneficiarios de TRICARE”, consulte el interior de la contracubierta de este manual.

Programa Dental TRICARE



El Programa Dental TRICARE (TDP), administrado por MetLife, es un plan de atención dental en todo el mundo para los beneficiarios elegibles por el Departamento de Defensa mediante TRICARE Management Activity (*Actividad de Administración de TRICARE*). Con el TDP, el cuidado de la salud bucal es económico y conveniente.

MetLife se compromete a brindarle una administración del TDP centrada en el beneficiario para ayudarlo a usted y a sus seres queridos a disfrutar de una buena salud bucal. Consulte la información de contacto en el interior de la cubierta si necesita asistencia.

El TDP está dividido en dos áreas geográficas de servicio: CONUS y OCONUS. El área de servicio CONUS del TDP incluye los 50 estados de Estados Unidos, el Distrito de Columbia, Puerto Rico, Guam y las Islas Vírgenes Estadounidenses. El área de servicio OCONUS del TDP incluye áreas que no se encuentran en las áreas de servicio CONUS y los servicios cubiertos proporcionados en una embarcación fuera de las áreas territoriales del área de servicio CONUS, independientemente de la dirección del consultorio del dentista.

Elegibilidad e inscripción

Dentro de los beneficiarios elegibles se incluye a los familiares y dependientes legales de los miembros de los siete servicios uniformados, los miembros de la Guardia Nacional y la Reserva, y sus familiares. Los servicios uniformados incluyen: la Fuerza Aérea de Estados Unidos, el Ejército de Estados Unidos, la Marina de Estados Unidos, el Cuerpo de Infantería de Marina de Estados Unidos, la Guardia Costera de Estados Unidos, los Cuerpos Comisionados de la Administración Nacional Oceánica y Atmosférica, y el Servicio de Salud Pública de Estados Unidos.

La elegibilidad del TDP se verifica a través del Sistema de informes de elegibilidad de inscripción de la Defensa (DEERS). A fin de evitar demoras innecesarias en el procesamiento, asegúrese de que los registros del DEERS estén actualizados.

Personas elegibles para inscribirse en el TDP

Los familiares de los miembros en servicio activo (ADSM) y de los miembros de la Guardia Nacional y la Reserva:

- Cónyuges
- Hijos solteros hasta los 21 años de edad (*incluidos hijastros, hijos adoptados, tanto antes de la adopción como después de finalizada la adopción, y tutelas judiciales*). Los beneficiarios de esta categoría son elegibles hasta el último día del mes en el que cumplen 21 años.
- Hijos solteros de 21 a 23 años de edad:
 - Hasta los 23 años de edad, si están inscritos en un plan de estudios de tiempo completo en una institución de educación superior acreditada, y si el patrocinador les proporciona más del 50 por ciento del apoyo financiero. Estos estudiantes son elegibles hasta el último día del mes en el que cumplen 23 años. Sin embargo, si terminan su educación antes de cumplir 23 años, la elegibilidad termina el último día del mes en el que terminan su educación.
 - Si tienen una enfermedad o lesión que los discapacita y que ocurrió antes de cumplir 21 años; o si tienen una enfermedad o lesión que

los discapacita que ocurrió entre los 21 y los 23 años, y en el momento de la enfermedad o lesión, estaban inscritos en un plan de estudios en una institución de educación superior acreditada, y el patrocinador les proporcionaba más del 50 por ciento del apoyo financiero.

Los miembros de la Guardia Nacional y la Reserva:

- Los miembros de la Reserva Individual Preparada (IRR) y la Reserva Selecta de la Reserva Preparada pueden inscribirse en el TDP cuando **no están** en servicio activo por un período superior a los 30 días consecutivos. Cualquier miembro de la Guardia Nacional o la Reserva que reciba la llamada o la orden para presentarse al servicio activo por un período de más de 30 días consecutivos recibe los mismos beneficios que un ADSM y no puede inscribirse en el TDP.

Verificación de la elegibilidad

MetLife verifica la elegibilidad de los beneficiarios a través del DEERS. **Es de suma importancia que el DEERS contenga información actualizada sobre cada familiar.**

Si la información incluida en el DEERS no coincide con la información que usted presentó durante el proceso de inscripción, es posible que se deniegue o se demore la inscripción en el TDP. Los patrocinadores o miembros de la familia registrados pueden realizar cambios en la dirección y la información de contacto. Sin embargo, solamente el patrocinador puede agregar o borrar a un miembro de la familia dentro del DEERS o del sitio web para la inscripción de beneficiarios por Internet (BWE) (*se puede acceder al portal BWE en www.tricare.mil/bwe*). Para agregar o borrar miembros de la familia, es necesario contar con la documentación correspondiente, por ejemplo, un acta de matrimonio, una sentencia de divorcio o un certificado de nacimiento. Puede actualizar la información del DEERS de una de las siguientes formas:

1. *En línea*, en www.dmdc.osd.mil/appj/address/index.jsp. Este método es una forma rápida y sencilla de actualizar su dirección e información de contacto.

2. *En persona*, si visita una oficina de personal local que tenga un centro de emisión de tarjetas de identificación de los servicios uniformados. Para ubicar el centro más cercano, visite www.dmdc.osd.mil/rsl. Llame con anticipación para conocer el horario de atención y obtener instrucciones detalladas.
3. *Por teléfono*, llame a la Oficina de Apoyo del Centro de Datos del Personal de Defensa al **1-800-538-9552**. El horario de atención es de lunes a viernes, de 5 a.m. a 5 p.m. (*horario del Pacífico*), excepto los días feriados federales.
4. *Por fax*, envíe los cambios al DEERS al número **1-831-655-8317**. Se debe incluir el número de Seguro Social o el número de beneficios del Departamento de Defensa del patrocinador en los documentos enviados.
5. *Por correo*, envíe los cambios a la siguiente dirección:

Defense Manpower Data Center
Support Office
Attn: COA
400 Gigling Road
Seaside, CA 93955-6771

Personas que no son elegibles para obtener la cobertura del TDP

Las siguientes personas **no** son elegibles para inscribirse en el TDP.

- ADSM, incluidos los miembros de la Guardia Nacional y la Reserva llamados al servicio activo por más de 30 días consecutivos
- Miembros del servicio jubilados y sus familias
- Excónyuges
- Padres y suegros
- Veteranos discapacitados
- Personal militar extranjero
- Miembros del servicio en el Programa de Administración de Asistencia para la Transición (TAMP) en servicio activo debido a una operación de contingencia

Opciones de inscripción

- La inscripción en el TDP puede obtenerse a través de un plan individual o familiar.
- Los patrocinadores de la Guardia Nacional y la Reserva solamente son elegibles para inscribirse en el plan individual.
- Los familiares de los miembros de la Guardia Nacional y la Reserva pueden inscribirse en un plan individual o familiar separado.

Inscripción individual

Una inscripción individual se define como un beneficiario elegible y puede incluir alguno de los siguientes:

- Un familiar de los miembros en servicio activo (ADFM)
- Un familiar de los miembros de la Guardia Nacional o la Reserva
- Un patrocinador de la Guardia Nacional o la Reserva

Si el patrocinador de la Guardia Nacional o la Reserva elige inscribirse con uno o varios familiares, las primas se facturarán por separado para cada plan de inscripción (*una para el plan individual del patrocinador y una para el plan individual o familiar del miembro o los miembros de la familia*).

Inscripción familiar

Una inscripción familiar se define como dos o más familiares cubiertos. Un patrocinador de la Guardia Nacional o la Reserva no puede estar incluido en el plan familiar. Por lo tanto, si un patrocinador desea inscribirse, lo hará en una inscripción individual separada.

Conforme a la inscripción familiar del TDP, si un familiar se inscribe, se debe inscribir a todos los familiares elegibles, a excepción de los siguientes casos:

- Se puede inscribir voluntariamente a los hijos menores de 4 años en cualquier momento. Sin embargo, el patrocinador, a su criterio, puede excluir a estos niños de la inscripción si solamente hay un beneficiario inscrito en la familia que tenga 4 años o más.



- Si un patrocinador tiene familiares que viven en dos o más sitios (*por ejemplo, en el caso de hijos que asisten a la universidad lejos del hogar o que viven con el padre o la madre que tiene la tutela o con el excónyuge*), puede optar por inscribir a los familiares que viven en uno de los sitios o puede elegir inscribir a los familiares elegibles de varios sitios. El patrocinador debe identificar a aquellos familiares que viven en sitios separados y enviar esta información a MetLife.
- Si la atención dental de un ADFM requiere de un hospital o un entorno especial para el tratamiento (*debido a una afección médica, una discapacidad física o una afección de salud mental*), se puede excluir al familiar de la inscripción en el TDP y puede seguir recibiendo la atención en un centro militar de tratamiento (MTF). Sin embargo, el patrocinador debe presentar a MetLife la documentación que avale esta situación, por ejemplo, una carta firmada o un memorando del proveedor o administrador. Antes de recibir los servicios, el patrocinador también debe presentar la documentación con la solicitud para cancelar la inscripción.
- Los patrocinadores de la Guardia Nacional y la Reserva deben inscribirse de forma independiente de los familiares. Además, los patrocinadores de la Guardia Nacional y la Reserva pueden inscribir a los familiares, familiares, incluso si no se inscriben. Si los patrocinadores deciden inscribirse a sí mismos, además de a los familiares, las primas se

facturarán por separado para cada contrato (*una para el patrocinador y otra para el familiar o los familiares*).

Nota: No se puede inscribir a los beneficiarios en dos contratos del TDP. Dos patrocinadores no pueden inscribir a los mismos familiares. Además, si ambos cónyuges son ADSM, los dos patrocinadores no pueden inscribirse mutuamente como familiar. Si uno es un patrocinador de la Guardia Nacional o la Reserva (*que no ha estado en servicio activo por más de 30 días consecutivos*), el otro patrocinador puede inscribirlo como familiar.

Inscripción automática de hijos de 4 años

Si hay un plan familiar existente en vigencia, se inscribirá automáticamente a los hijos el primer día del mes siguiente al mes en el que cumplen 4 años. Además, el patrocinador, a su criterio, puede inscribir a los hijos antes de que cumplan 4 años. Si el plan existente es para un solo familiar, se modificará la prima de una tarifa de plan individual a una tarifa de plan familiar.

Recuerde que el TDP no cubre la atención dental hasta la fecha de vigencia de la cobertura que aparece en la tarjeta de identificación del TDP. Si no recibió la tarjeta de identificación del TDP, consulte el interior de la cubierta de este manual para obtener los detalles y la información de contacto.

Período de inscripción

Todos los beneficiarios deben permanecer inscritos en el TDP durante 12 meses, como mínimo, a menos que la solicitud de cancelación de la inscripción califique como una excepción (*consulte el cuadro 2.1*). Después de completar el período de inscripción mínimo de 12 meses, se puede continuar con la inscripción mes a mes hasta que el patrocinador solicite la cancelación de la inscripción.

Los patrocinadores que no pagan las primas serán bloqueados durante 12 meses antes de que puedan solicitar la reinscripción.

Inscripción en el TDP

Existen tres formas convenientes para inscribirse en el TDP. Consulte el interior de la cubierta de este manual para obtener los detalles y la información de contacto.

- **En línea**
 - Visite www.tricare.mil/bwe para acceder al portal BWE
- **Por teléfono**
 - CONUS: **1-855-MET-TDP1**
(1-855-638-8371)
 - OCONUS: **1-855-MET-TDP2**
(1-855-638-8372)
 - Servicios de teléfonos de texto (TDD/TTY):
1-855-MET-TDP3
(1-855-638-8373)
- **Por correo**
 - El documento de *autorización de inscripción en el TDP* puede descargarse en el enlace de BWE en, www.tricare.mil/bwe.
 - Envíe por correo el documento de *autorización de inscripción en el TDP* completo, junto con el pago inicial de la prima (*cheque, giro postal o tarjeta de crédito*) a MetLife a la siguiente dirección:
MetLife TRICARE Dental Program
Enrollment and Billing Services
P.O. Box 14185
Lexington, KY 40512

Pago de la prima

- **Pago inicial**—Para el primer mes de la cobertura, el pago inicial se puede hacer con tarjeta de crédito para las inscripciones realizadas en línea, por teléfono o por correo. Para las inscripciones realizadas por correo, tiene la opción de hacerlo con cheque o giro postal. Sin embargo, la mayoría de los miembros descubrirá que la inscripción en línea es el método más rápido y conveniente.
- **Pagos siguientes**—Para los pagos siguientes de las inscripciones relacionadas con un ADSM, es necesario tener una cuenta de nómina. Sin embargo, los pagos siguientes de las inscripciones relacionadas con un patrocinador de la Guardia Nacional o la Reserva pueden hacerse con tarjeta de crédito, transferencia electrónica de fondos o cuenta de nómina.

Nota: La mayoría de los miembros descubrirá que la inscripción en línea es el método más rápido y conveniente. Sin embargo, si el patrocinador se inscribe por correo, debe completar el documento de *autorización de inscripción en el TDP* y enviarlo a MetLife para su procesamiento. Si el patrocinador no está disponible para completar y firmar el documento, una persona con un poder puede iniciar la inscripción, siempre y cuando el poder le permita a esa persona celebrar contratos. Asegúrese de presentar una copia del poder válido al inscribirse. Si tiene alguna duda sobre el poder, consulte el interior de la cubierta de este manual para obtener la información de contacto.

Si falta información o la información proporcionada no coincide con la del DEERS, se puede rechazar la inscripción o el cambio y se reembolsará el pago inicial de la prima. El patrocinador será responsable de realizar una nueva inscripción en el TDP y el pago inicial de la prima. La inscripción o el cambio se procesarán para la próxima fecha de vigencia disponible.

La inscripción en la cobertura del TDP se confirmará mediante la emisión de las tarjetas de identificación del TDP. Recuerde que el TDP no cubre atención dental hasta la fecha de vigencia de la inscripción que aparece en la tarjeta. Si no recibió la tarjeta de identificación del TDP y necesita atención, consulte el interior de la cubierta de este manual para obtener los detalles y la información de contacto.

Los beneficios del TDP están disponibles en todo el mundo y lo acompañan cuando a usted lo transfieren de un área de servicio CONUS a un área de servicio OCONUS, o viceversa.

Las leyes y normas federales vigentes prohíben que los familiares inscritos reciban servicios cubiertos por el TDP en centros de tratamiento dental (DTF) militares en áreas de servicio CONUS. Las excepciones a esta prohibición incluyen los tratamientos de emergencia, ciertos casos especializados de pediatría y la atención dental relacionada con la atención médica brindada en un MTF. En las áreas de servicio OCONUS, el acceso a la atención en un DTF está sujeto a las necesidades de funcionamiento y los recursos de ese centro en particular. MetLife

le recomienda ponerse en contacto con su DTF para saber qué tipo de atención dental pueden brindarles a los familiares inscritos. De esta forma, podrá tomar una decisión informada sobre si es mejor inscribirse o seguir inscrito en el TDP cuando se traslade a áreas de servicio OCONUS.

Fecha de vigencia de la cobertura

Cuando MetLife recibe una solicitud de inscripción, se consultará con el DEERS para confirmar la elegibilidad. Si se confirma la elegibilidad, se recibe el pago inicial de la prima correspondiente, y si la solicitud de inscripción tiene toda la información necesaria, MetLife lo inscribirá a usted o sus familiares en el TDP. Si el pago inicial se recibe hasta el día 20 del mes, la cobertura se procesará para el primer día del mes siguiente a la fecha de la recepción. Si el pago inicial de la prima se recibe después del día 20 del mes, la cobertura se procesará para el primer día del segundo mes siguiente a la fecha de la recepción de documentos.

Por ejemplo, si se recibe el pago inicial de la prima antes del 20 de mayo, la cobertura entrará en vigencia el 1 de junio. Si la solicitud de inscripción y el pago inicial de la prima se reciben entre el 21 de mayo y el 20 de junio, la cobertura entrará en vigencia el 1 de julio. La inscripción se procesa según la fecha en la que MetLife la recibe (*no la fecha del matasellos*).

Si MetLife no puede confirmar la elegibilidad, se le solicitará que se ponga en contacto con la oficina de personal de los servicios uniformados para resolver el problema. En esta instancia, la cobertura no comenzará hasta que se resuelva el problema y se pueda confirmar la elegibilidad. El TDP no cubrirá la atención dental brindada antes de la fecha de vigencia de la inscripción.

Evidencia de cobertura

Cada beneficiario inscrito recibirá una tarjeta de identificación del TDP personalizada que confirma la inscripción. Esta tarjeta debe presentarse cada vez que se visita el consultorio dental. Si necesita tarjetas de reemplazo, puede solicitarlas en el portal BWE en

www.tricare.mil/bwe. MetLife recomienda especialmente que su dentista solicite información actualizada de la cobertura a MetLife antes de prestar el servicio.

Eventos que afectan la inscripción

Existen muchas razones para agregar un familiar al TDP, por ejemplo:

- Matrimonio
- Nacimiento
- Adopción (*con guarda previa a la adopción y con adopción plena, según se indica en el DEERS*)
- Los hijastros o menores bajo tutela judicial ahora también son elegibles para el TDP
- Hijo agregado antes de que cumpla 4 años

También existen razones para borrar a un familiar del TDP, por ejemplo:

- Fallecimiento
- Divorcio (*no hay cobertura para el excónyuge en este programa*)
- Los hijos pierden la elegibilidad cuando se casan o cumplen 21 años, o cuando cumplen 23 años si están inscritos en un plan de estudios de tiempo completo en una institución de educación superior acreditada, y si el patrocinador les proporciona más del 50 por ciento del apoyo financiero

Es posible cancelar la inscripción en el TDP si se ha cumplido con el período de inscripción inicial de 12 meses o si se tiene una razón válida para hacerlo (*para obtener una lista de razones válidas para cancelar la inscripción, consulte el cuadro 2.1*).

Cómo agregar un familiar, borrar un familiar o cancelar la inscripción en el TDP

Existen tres formas convenientes para agregar un familiar, borrar un familiar o cancelar la inscripción en el TDP: en línea, por teléfono o por correo. Consulte el interior de la cubierta de este manual para obtener los detalles y la información de contacto.

Nota: La mayoría de los miembros descubrirá que hacer los trámites en línea es el método más rápido y conveniente. Sin embargo, si elige hacerlo por correo, puede descargar el documento de *autorización de inscripción en el TDP* en el sitio web de BWE, www.tricare.mil/bwe. Imprima, complete y envíe por correo el documento de autorización de inscripción en el TDP a MetLife. Los formularios de inscripción o cambio también están disponibles en el DTF local para los servicios uniformados o en el Centro de Servicio TRICARE.

Si el patrocinador no está disponible para realizar la inscripción o para cancelarla, una persona con un poder apropiado puede hacerlo en su nombre. MetLife debe tener en sus archivos una copia del poder válido. Si desea enviar un poder a MetLife, consulte el interior de la cubierta de este manual para obtener los detalles y la información de contacto.

Nota importante sobre la fecha de vigencia de las inscripciones y la cancelación de las inscripciones

En la mayoría de las situaciones, si la inscripción o cancelación de la inscripción se realiza antes del día 20 del mes, entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Si la inscripción o cancelación de la inscripción se recibe después del día 20 del mes, la cancelación se procesará para el primer día del segundo mes.

Por ejemplo, si la solicitud de cancelación de la inscripción se recibe antes del 20 de junio, la cancelación entrará en vigencia el 1 de julio. Si la solicitud de cancelación se recibe entre el 21 de junio y el 20 de julio, la cancelación de la inscripción entrará en vigencia el 1 de agosto. Si la solicitud se realiza por correo, se procesará según la fecha de recepción (*no la fecha del matasellos*). Recuerde que usted es responsable de todas las primas mensuales hasta que se cancele la cobertura.

Razones aceptables para cancelar la inscripción antes de completar el período de inscripción inicial de 12 meses

Cancelación de la inscripción antes de completar el período de inscripción inicial de 12 meses

Cuadro 2.1

Situación	Descripción
Un familiar inscrito en el Programa Dental TRICARE (TDP) pierde la elegibilidad.	El patrocinador o familiar pierde la elegibilidad para el TDP debido a fallecimiento, divorcio, matrimonio, límite de edad del hijo o fin de la elegibilidad. Para obtener más información, consulte el cuadro 2.3 que aparece más adelante en esta sección.
Se traslada al patrocinador y su familia al área de servicio OCONUS.	Los beneficiarios del TDP pueden cancelar la inscripción dentro de los 90 días calendario posteriores al traslado. Antes de cancelar la inscripción, confirme que el DTF local para los servicios uniformados puede hacerse cargo de las necesidades de atención dental de los familiares inscritos. Se debe incluir la fecha de traslado en la solicitud de cancelación de la inscripción.
El Miembro en servicio activo (ADSM) recibe órdenes de cambio permanente de estación.	Si se transfiere a un ADSM con familiares inscritos en el TDP a una estación donde se ofrece atención dental sujeta a disponibilidad en el DTF local, el ADSM puede optar por cancelar la inscripción de sus familiares en el TDP dentro de los 90 días calendarios posteriores a la transferencia. Se debe incluir la fecha de la transferencia en la solicitud de cancelación de la inscripción.
Se desactiva al patrocinador de la Guardia Nacional y la Reserva.	La inscripción de los familiares se cancelará antes de que finalice el período obligatorio de inscripción inicial de 12 meses si se los inscribió dentro de los 30 días posteriores a la activación del patrocinador.
Se transfiere a un miembro de la Guardia Nacional o la Reserva a la Reserva Disponible o a la Reserva Inactiva.	La inscripción de un miembro de la Guardia Nacional o la Reserva se cancelará antes de que finalice el período de inscripción inicial de 12 meses obligatorio si se transfiere a dicho miembro a la Reserva Disponible o la Reserva Inactiva.

Situaciones de cambio o cancelación de la inscripción

Si no paga las primas mensuales del TDP, se cancelará su inscripción en el TDP. Se le prohibirá la reinscripción en el programa, o bien, deberá cumplir con un “período de bloqueo”, durante los 12 meses posteriores al último mes en el que pagó las primas.

En el cuadro 2.2, se describen otras situaciones que podrían dar lugar a un cambio en la inscripción en el TDP.

Situaciones de cambio o cancelación de la inscripción

Cuadro 2.2

Situación ¹	Cambio en la inscripción en el TDP
Dos miembros en servicio activo (ADSM) están casados y tienen hijos inscritos en el TDP. El padre inscrito como patrocinador deja el servicio activo.	<ul style="list-style-type: none"> La inscripción de hijos inscritos en el TDP se cancela a partir de las 11:59 p.m. del último día del mes en el que el padre inscrito como patrocinador deja el servicio activo. Si el patrocinador deja el servicio el primer día del mes, el último día de cobertura es el último día del mes anterior. El ADSM restante puede reinscribir a los familiares.
Un ADSM se transfiere del servicio activo a la Reserva Selecta de la Reserva Preparada o la Reserva Individual Preparada (IRR) (categoría de movilización especial).	<ul style="list-style-type: none"> La inscripción de los familiares inscritos en el TDP se cancela a partir de las 11:59 p.m. del último día del mes en el que el patrocinador cambia de estado. Si el patrocinador cambia de estado el primer día del mes, el último día de cobertura es el último día del mes anterior. El patrocinador puede inscribirse a sí mismo o reinscribir a los familiares.
Un miembro de la Guardia Nacional o la Reserva (no relacionado con una contingencia) se transfiere a la Reserva Selecta de la Reserva Preparada o a la IRR (categoría de movilización especial).	<ul style="list-style-type: none"> La inscripción de los familiares inscritos en el TDP se cancela a partir de las 11:59 p.m. del último día del mes en el que el patrocinador cambia de estado. Si el patrocinador cambia de estado el primer día del mes, el último día de cobertura es el último día del mes anterior. Se reinscribe automáticamente a los familiares en el TDP como familiares del miembro de la Reserva Selecta o la IRR. Se aplicará el cambio de prima correspondiente.
El patrocinador se transfiere a otra rama de servicio.	<ul style="list-style-type: none"> La inscripción del patrocinador o de los familiares inscritos en el TDP se cancela a partir de las 11:59 p.m. del último día del mes en el que el patrocinador se transfiere a otra rama. Si el patrocinador se transfiere a otra rama el primer día del mes, el último día de cobertura es el último día del mes anterior. El patrocinador puede reinscribirse a sí mismo o a los familiares.
Un patrocinador de la Reserva Selecta de la Reserva Preparada o de la IRR (categoría de movilización especial) cambia de estado a la IRR (otra categoría que no sea de movilización especial).	<ul style="list-style-type: none"> La inscripción del patrocinador o de los familiares inscritos en el TDP se cancela a partir de las 11:59 p.m. del último día del mes en el que el patrocinador cambia de estado. Si el patrocinador cambia de estado el primer día del mes, el último día de cobertura es el último día del mes anterior. Se reinscribe automáticamente en el plan correspondiente al patrocinador y a los familiares, pero estos pueden optar por cancelar la inscripción en el TDP sin completar los 12 meses de permanencia obligatoria. Se pueden aplicar cambios en la prima.

1. En todas las situaciones en las que se cancele la cobertura y la reinscripción no sea automática, el patrocinador debe reinscribirse dentro de los 30 días posteriores a la cancelación para evitar la interrupción de la cobertura y continuar con el período de inscripción inicial de 12 meses original.

Situaciones de cambio o cancelación de la inscripción (continuación)

Situación ¹	Cambio en la inscripción en el TDP
<p>Un patrocinador de la Reserva Selecta de la Reserva Preparada o de la IRR y/o su familia ha estado inscrito en el TDP durante más de 30 días, y se llama al patrocinador al servicio activo durante más de 30 días consecutivos y se ha inscrito a sí mismo y la familia en el TDP más de 30 días previos al inicio de las órdenes de servicio activo.</p>	<p>Patrocinador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La inscripción del patrocinador inscrito en el TDP se cancela a partir del primer día que se presenta en servicio activo. • Tras la desactivación, se reinstaurará automáticamente la cobertura el día siguiente al cambio de estado, y el patrocinador deberá completar los meses restantes del período de permanencia obligatoria inicial de 12 meses. <p>Familiares:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La inscripción de los familiares inscritos en el TDP se cancela a partir de las 11:59 p.m. del último día del mes en el que el patrocinador cambia de estado. Si el patrocinador cambia de estado el primer día del mes, el último día de cobertura es el último día del mes anterior. • Se reinscribe automáticamente a los familiares en el programa como familiares del miembro en servicio activo, con la tarifa más baja de la prima. • La cobertura continúa en virtud del período de permanencia obligatoria de 12 meses existente. • La tarifa de la prima vuelve a la tarifa correspondiente de Reserva Selecta o la IRR el primer día del mes siguiente a la desactivación del patrocinador.

1. En todas las situaciones en las que se cancele la cobertura y la reinscripción no sea automática, el patrocinador debe reinscribirse dentro de los 30 días posteriores a la cancelación para evitar la interrupción de la cobertura y continuar con el período de inscripción inicial de 12 meses original.

Situaciones de fin de la elegibilidad

En el cuadro 2.3, se describen situaciones que darán lugar a la finalización de la cobertura del TDP debido a la pérdida de la elegibilidad.

Situaciones de fin de la elegibilidad

Cuadro 2.3

Situación	Cuándo finaliza la cobertura del Programa Dental TRICARE (TDP)
<p>El patrocinador se jubila o deja el servicio activo.</p>	<p>El último día de cobertura es el último día del mes en el que el patrocinador se jubila o deja el servicio. Sin embargo, si el patrocinador se jubila o deja el servicio el primer día del mes, el último día de cobertura es el último día del mes anterior. Por ejemplo: Si el patrocinador se jubila el 1 de mayo, el último día de cobertura es el 30 de abril.¹</p>
<p>Hijo soltero que cumple 21 años (o 23 años si está inscrito en un plan de estudios de tiempo completo en una institución de educación superior acreditada y si el patrocinador le proporciona más del 50% del apoyo financiero).</p>	<p>El hijo pierde la elegibilidad a partir de las 11:59 p.m. del último día del mes en el que alcanza el límite de edad.</p>
<p>El cónyuge y el patrocinador se divorcian.</p>	<p>El cónyuge pierde toda la elegibilidad basada en su antiguo estado civil a partir de las 11:59 p.m. del último día del mes en el que se dicta la sentencia definitiva de divorcio.</p>

1. Los patrocinadores jubilados y sus familiares pueden ser elegibles para inscribirse en el Programa Dental TRICARE para Jubilados (TRDP). Para obtener más información sobre el TRDP, visite www.tricare.mil/dental.

Beneficios del TDP para sobrevivientes

Cuando un patrocinador fallece, el cónyuge y los hijos sobrevivientes son elegibles para obtener los Beneficios del TDP para sobrevivientes. Los cónyuges son elegibles durante tres años a partir de la fecha del fallecimiento del patrocinador. Los hijos son elegibles hasta los 21 años, o hasta los 23 años si están inscritos en un plan de estudios de tiempo completo en una institución de educación superior acreditada y si el patrocinador les proporcionaba más del 50 por ciento del apoyo financiero al momento de su fallecimiento.

No se exige que los beneficiarios sobrevivientes hayan estado inscritos en el TDP al momento del fallecimiento del patrocinador. Los Beneficios del TDP para sobrevivientes también se aplican a los familiares de los miembros de la Reserva Selecta de la Reserva Preparada y la IRR (*categoría de movilización especial*), independientemente de que el patrocinador haya estado en servicio activo o inscrito en el TDP al momento de su fallecimiento.

Nota: Al momento del fallecimiento del patrocinador, se cancelará automáticamente la inscripción de los familiares sobrevivientes elegibles en el plan vigente del TDP y se los reinscribirá en los Beneficios del TDP para sobrevivientes. Se notificará a los sobrevivientes sobre la cancelación de la inscripción y los términos de los Beneficios del TDP para sobrevivientes.

El gobierno paga el 100 por ciento de la prima de los Beneficios del TDP para sobrevivientes para los siguientes:

- Cónyuge sobreviviente durante tres años, como máximo, a partir de la fecha del fallecimiento del patrocinador
- Hijos sobrevivientes hasta los 21 años, o hasta los 23 años si están inscritos en un plan de estudios de tiempo completo en una institución de educación superior acreditada y si el patrocinador les proporcionaba más del 50 por ciento del apoyo financiero al momento de su fallecimiento

Los familiares siguen siendo responsables de los costos compartidos aplicables relacionados con los Beneficios del TDP para sobrevivientes.

Una vez que finaliza el período de tres años de los Beneficios del TDP para sobrevivientes, los cónyuges sobrevivientes son elegibles para inscribirse en el TRDP. Es posible que el TRDP también esté disponible para los familiares sobrevivientes que no reúnen los requisitos para recibir los Beneficios del TDP para sobrevivientes. Para obtener más información sobre el TRDP, visite www.tricare.mil/dental.

Información importante para la Guardia Nacional y la Reserva

Evaluación de preparación dental para la Guardia Nacional y la Reserva

El Departamento de Defensa le ha ordenado a los servicios uniformados que les exijan a los miembros de la Guardia Nacional y la Reserva someterse a un examen dental anual. *El formulario del examen dental para las fuerzas en servicio activo o de la Reserva del Departamento de Defensa* (formulario DD 2813) se utilizará para ayudar a los miembros de la Guardia Nacional y la Reserva inscritos en el TDP a documentar la salud dental.

Los dentistas participantes del TDP completarán el *formulario DD 2813* sin costo adicional para los beneficiarios del TDP. El miembro de la Guardia Nacional o la Reserva es responsable de solicitar el examen, entregarle el formulario al dentista e informar el resultado a su rama de servicio. El *formulario DD 2813* se puede descargar en www.tricare.mil/dental.

Se recomienda a los miembros de la Guardia Nacional y la Reserva que se pongan en contacto con los representantes de su rama de servicio a fin de determinar los requisitos específicos del servicio para este documento antes de programar los exámenes dentales anuales.

Cambio de estado del patrocinador

Los patrocinadores de la Guardia Nacional y la Reserva pueden entrar y salir de servicio activo muchas veces a lo largo de su carrera. El TDP ofrece cobertura continua para los patrocinadores de la Guardia Nacional y la Reserva. Sin embargo, antes de la activación, su estado de inscripción en el TDP y el de su familia determinarán si la reinscripción es automática o si es necesario que tome ciertas medidas. Recuerde que la tarifa de la prima que se le aplica a usted y a su familia puede variar según su estado.

Cobertura para los patrocinadores de la Guardia Nacional y la Reserva

Los patrocinadores de la Guardia Nacional y la Reserva son elegibles para inscribirse en el TDP cuando no están en servicio activo durante más de 30 días consecutivos. Si un patrocinador de la Guardia Nacional o la Reserva inscrito en el TDP recibe la llamada o la orden para presentarse al servicio activo durante más de 30 días consecutivos, se cancelará automáticamente su inscripción en el programa durante el período de activación y se lo reinscribirá automáticamente tras la desactivación.

Al patrocinador de la Guardia Nacional o la Reserva no se lo considera parte del plan familiar, y puede estar inscrito aunque la familia no lo esté. El patrocinador también tiene una prima mensual separada.

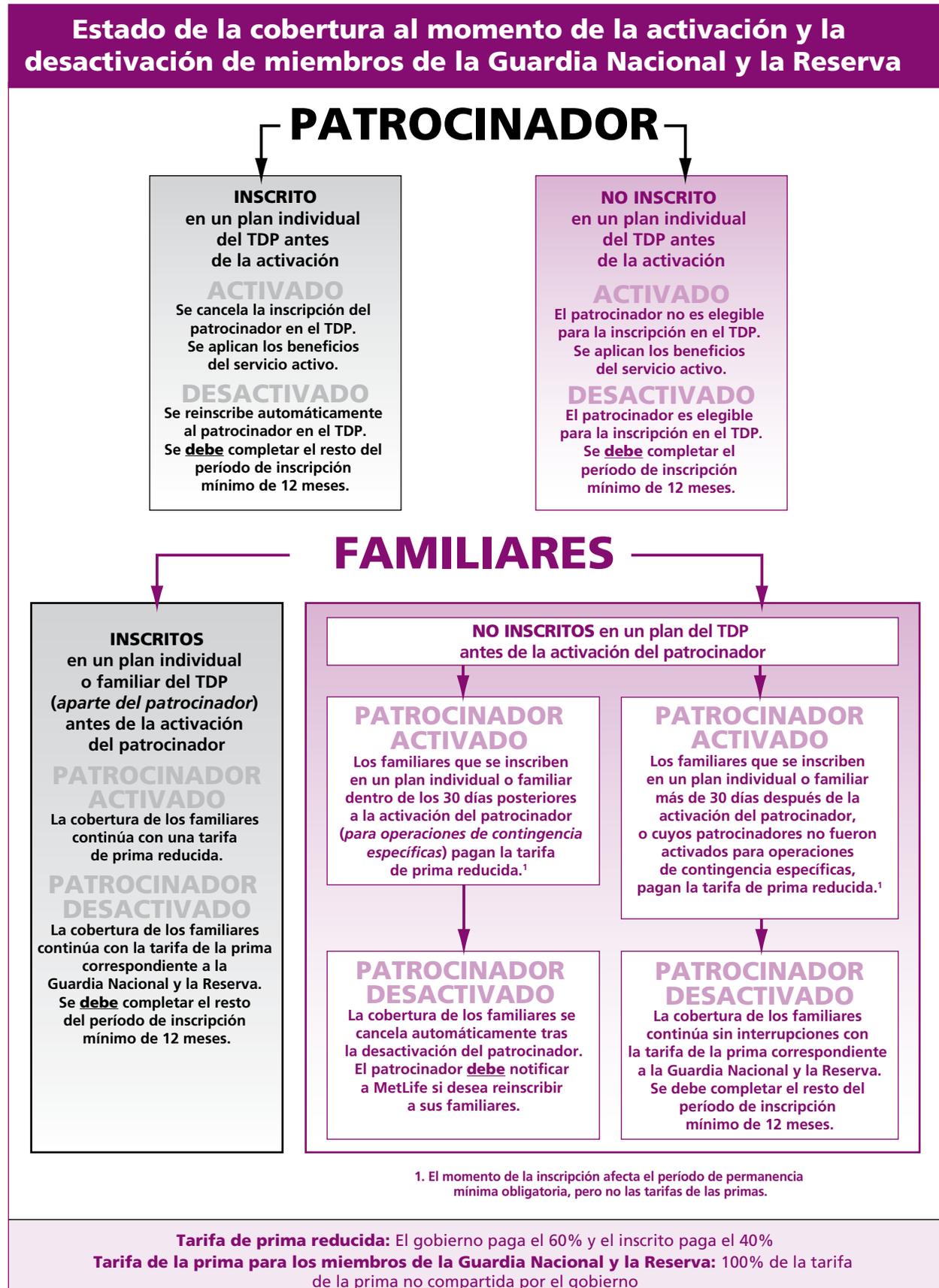
Cobertura para los familiares de miembros de la Guardia Nacional y la Reserva

Los familiares de los miembros de la Guardia Nacional y la Reserva pueden inscribirse en el TDP, aunque su patrocinador no lo haga. El plan ofrece cobertura dental continua durante todos los cambios de estado del patrocinador, de estado inactivo a estado activo y viceversa. Los familiares se beneficiarán con primas mensuales reducidas durante la activación del patrocinador de la Guardia Nacional o la Reserva porque, durante ese período, se los considera familiares de miembros en servicio activo. Además, como la inscripción de los familiares no depende de la inscripción del patrocinador, los familiares pueden inscribirse en el TDP en cualquier momento.

En el siguiente diagrama de flujo, se muestra cómo cambia la cobertura del TDP cuando se modifica el estado del patrocinador de la Guardia Nacional o la Reserva.

Estado de la cobertura al momento de la activación y la desactivación de miembros de la Guardia Nacional y la Reserva

Cuadro 3.1



Elección de un dentista

Dentistas del área de servicio CONUS

Los beneficiarios del Programa Dental TRICARE (TDP) que residen en las áreas de servicio CONUS pueden recibir atención dental en consultorios dentales civiles y visitar a cualquier dentista civil que elijan, siempre y cuando estén debidamente autorizados y tengan licencia. Sin embargo, si recibe tratamiento de un dentista del Programa de Dentistas Preferidos (PDP) de MetLife, puede ahorrar dinero y agilizar los trámites.

Dentistas participantes

Un dentista que participa en el PDP ha firmado un acuerdo contractual con MetLife para seguir las reglas del TDP al momento de brindar atención y aceptar los pagos. Si visita a un dentista del PDP, nunca deberá pagar más que los costos compartidos aplicables para los servicios cubiertos sujetos a los máximos, las limitaciones y las exclusiones aplicables. MetLife le recomienda que le solicite a su dentista que presente una solicitud de determinación previa cuando prevea que el costo será superior a \$300. Específicamente, los dentistas del PDP acuerdan lo siguiente:

- Aceptar la tarifa negociada con MetLife como pago completo, solamente le cobrarán al familiar el porcentaje de los costos compartidos aplicables. La tarifa negociada suele ser menor que la tarifa normal que cobran los dentistas de la zona y, por lo tanto, usted ahorra dinero.
- Facturar directamente a MetLife su parte de la factura, de modo que usted no tenga que pagarle directamente al dentista y esperar el reembolso.*
- Completar el documento de presentación de reclamaciones y presentarlo a MetLife en su nombre.
- Participar en los programas de garantía de calidad de MetLife.
- Brindar toda la información que MetLife necesite para tomar determinaciones relacionadas con la cobertura y los pagos.

- Completar el formulario del *examen dental para las fuerzas en servicio activo o la Reserva del Departamento de Defensa* (formulario DD 2813) para los miembros de la Guardia Nacional y la Reserva.

** Si el beneficiario decide no firmar la declaración de cesión de beneficios en el documento de presentación de reclamaciones, el proveedor puede solicitarle al beneficiario un reembolso que no puede superar la tarifa del PDP al momento del tratamiento. En este caso, MetLife entregará todo reembolso aplicable directamente al beneficiario.*

Si desea ubicar un dentista del PDP, consulte el interior de la cubierta de este manual para obtener los detalles y la información de contacto. Es importante consultar con el dentista para asegurarse de que todavía participe en el PDP.

Citas oportunas

En las áreas de servicio CONUS, en la mayoría de los casos, habrá un dentista general participante dentro de un radio de 35 millas de distancia en automóvil de su hogar, y usted podrá coordinar una cita para dentro de los 21 días posteriores a su llamada al consultorio dental. Si no puede obtener la primera cita disponible con un dentista general para dentro de los 21 días de su llamada y dentro del radio de 35 millas de distancia en automóvil de su hogar, consulte el interior de la cubierta de este manual para obtener los detalles y la información de contacto, y MetLife lo ayudará a programar la cita. Si MetLife no puede programar una cita para dentro de los 21 días, usted podrá obtener atención de un dentista que no pertenezca al PDP, y MetLife pagará la reclamación por ese procedimiento determinado de manera tal que sus gastos en efectivo se limiten a un monto aproximadamente similar al que le cobraría un dentista del PDP.

Dentistas que no pertenecen a la red

Los dentistas que no han firmado un acuerdo con MetLife se consideran dentistas que no pertenecen a la red. Los dentistas que no pertenecen a la red pueden cobrarles la tarifa

completa a los beneficiarios. Usted será responsable de pagar la diferencia entre la asignación de MetLife y el monto que cobre el dentista que no pertenece a la red, además del porcentaje de los costos compartidos aplicables. Además, los dentistas que no pertenecen a la red pueden o no enviar los documentos de presentación de reclamaciones a MetLife en su nombre.

Los dentistas que no pertenecen a la red no están obligados a aceptar el pago directo de MetLife. Para enviar el pago directamente a un dentista que no pertenece a la red, usted debe firmar una declaración de cesión de beneficios en el documento de presentación de reclamaciones. Esto le permite a MetLife enviar el pago al dentista que no pertenece a la red y notificar al miembro con una explicación de los beneficios dentales. Si no se firma la cesión de beneficios, MetLife enviará el pago al miembro, quien será responsable de pagar al dentista.

Pregúntele a su dentista si es un dentista participante de MetLife. Si el dentista no participa en la red del PDP de MetLife, usted puede seguir recibiendo atención, pero tenga en cuenta que puede incurrir en un gasto en efectivo mayor.

Si su dentista está interesado en participar en el PDP de MetLife, dígame que llame al Departamento de Atención al Cliente Dental del MetLife al **1-877-MET-DDS9 (1-877-638-3379)**, o que visite **www.metdental.com** para obtener un paquete de aplicación.

Dentistas del área de servicio OCONUS

Se encuentra a su disposición un directorio con los dentistas preferidos del área de servicio OCONUS de TRICARE (TOPD), incluidos ortodoncistas, en el sitio web de MetLife, <https://mybenefits.metlife.com/tricare>.

Los TOPD han acordado lo siguiente:

- Los TOPD no le solicitarán el pago de la tarifa total al momento de brindar el servicio, sino solamente los costos compartidos aplicables, si los hubiera.
- Los TOPD completarán y enviarán los documentos de presentación de reclamaciones a MetLife.

Antes de iniciar el tratamiento de un procedimiento dental que requiere costos compartidos, o si el costo total del procedimiento supera los \$1,300, se recomienda que le pida a su dentista que presente una solicitud de determinación previa a MetLife.

Usted no está obligado a recibir atención de los TOPD. Sin embargo, en las áreas de servicio OCONUS donde están disponibles, le resultará conveniente hacerlo.

En las áreas de servicio OCONUS, no se aplica el requisito de la red del PDP de obtener una cita para dentro de los 21 días y dentro del radio de 35 millas.

Nota: Antes de comenzar cualquier tratamiento de ortodoncia, los miembros de las áreas de servicio OCONUS deberán obtener un formulario de *derivación por falta de disponibilidad* (NARF) en la Oficina de Área de TRICARE, el centro de tratamiento dental para los servicios uniformados en el extranjero o los puntos de contactos designados en el área de servicio OCONUS y enviarlo junto con el documento de presentación de reclamaciones.

Costos y tarifas

Primas

El porcentaje de la prima que paga el gobierno varía según el estado del patrocinador, según se indica en el siguiente cuadro.

Porcentajes de las primas de beneficiarios del TDP

Cuadro 5.1

Categoría de beneficiario	Porcentaje de la prima
Familiares de los miembros en servicio activo o patrocinadores en servicio activo de la Guardia Nacional o la Reserva	El gobierno paga el 60% El beneficiario paga el 40%
Patrocinadores de la Reserva Selecta de la Reserva Preparada y la Reserva Individual Preparada (IRR) (categoría de movilización especial)	El gobierno paga el 60% El beneficiario paga el 40%
Patrocinadores de la IRR (categoría de movilización no especial)	El beneficiario paga el 100%
Familiares de los miembros de la Reserva Selecta y la IRR	El beneficiario paga el 100%
Sobrevivientes elegibles	El beneficiario paga el 100%

Las primas se pagan por un mes completo de cobertura. No existen circunstancias en las que se pueda pagar una prima parcial. Las tarifas de las primas se modifican todos los años, el 1 de febrero. Para obtener detalles, visite www.tricare.mil/costs.

Deducción de las primas de la cuenta de nómina

Si el patrocinador tiene una cuenta de nómina militar con fondos disponibles suficientes, el gobierno cobrará el porcentaje de la prima del patrocinador a través del Centro Financiero para los Servicios Uniformados.

Si por alguna razón MetLife no puede obtener el pago de la prima solicitado de la cuenta de nómina militar del patrocinador, este deberá pagar los costos de la prima mediante la facturación directa de MetLife o a través de un segundo intento en la cuenta de nómina.

Proceso de facturación directa

Los siguientes métodos de pago están disponibles para los patrocinadores que no tienen fondos suficientes en la cuenta de nómina militar.

- **El pago inicial** para el primer mes de cobertura puede hacerse con tarjeta de crédito, tarjeta de débito, cheque o giro postal. El pago con tarjeta de crédito o tarjeta de débito puede realizarse rápidamente durante el proceso de inscripción en el sitio web para la inscripción de beneficiarios por Internet, www.tricare.mil/bwe, o por teléfono.
- **Los pagos mensuales** pueden hacerse con tarjeta de crédito, tarjeta de débito o transferencia electrónica de fondos. Puede establecer o cambiar su método de pago.

Consulte el interior de la cubierta de este manual para obtener la información de contacto y ayuda sobre los pagos.

Máximos

La acumulación de cargos que se aplica sobre el beneficio máximo anual, el máximo anual en caso de accidentes y el beneficio máximo de por vida para ortodoncia (OLM) se basa en el cargo permitido, menos los costos compartidos que hubiere, de los servicios dentales cubiertos. El cargo permitido es el monto que MetLife paga al dentista por el procedimiento realizado. En el caso de los dentistas del PDP, es la tarifa negociada. En el caso de los dentistas que no pertenecen a la red, es la tarifa que estos cobran, sujeta a limitaciones basadas en los rangos de los cargos razonables y habituales que cobran los dentistas que trabajan en el área. Los costos compartidos son el porcentaje del cargo permitido que usted, el beneficiario, debe pagar. Sólo las cantidades pagadas a los beneficiarios o al dentista por el Programa Dental de TRICARE (TDP) se aplican a la máxima.

Recuerde que existen limitaciones y exclusiones, descritas en la sección 6 de este manual, que pueden afectar el monto que paga el TDP.

Beneficio máximo anual

El beneficio máximo anual es de \$1,300 por beneficiario y por año del plan para los servicios que no sean de ortodoncia. Cada año del plan comienza el 1 de mayo y finaliza el 30 de abril. Los pagos de ciertos diagnósticos y servicios preventivos no se aplican al máximo anual. Para obtener más detalles, consulte la sección 6 de este manual. **Nota:** Las tarifas de las primas se modifican todos los años, el 1 de febrero.

Beneficio máximo de por vida para tratamientos de ortodoncia

Para los tratamientos de ortodoncia, existe un beneficio OLM de \$1,750 por beneficiario. Los servicios de diagnóstico de ortodoncia se aplican al máximo anual de \$1,300 del programa dental. Para obtener más detalles, consulte la sección 7 de este manual.

Beneficio máximo anual en caso de accidentes

Además del máximo anual, el beneficio máximo anual en caso de accidentes es de \$1,200 por inscrito (*aplicable a la atención dental brindada debido a un accidente y a los costos compartidos correspondientes*). Un accidente se define como una lesión producida por un elemento duro ajeno a la boca, y no por masticar o morder, que tiene como resultado una lesión o un daño físico en los dientes o en los tejidos de soporte duros y blandos. Una vez que se alcanza el máximo en caso de accidentes de \$1,200, se pagan los beneficios hasta el máximo anual de \$1,300, con las limitaciones de beneficios y los montos de costos compartidos aplicables.

Máximos del área de servicio OCONUS

Los máximos para el área de servicio OCONUS son iguales que para el área de servicio CONUS. En el área de servicio OCONUS, el gobierno paga todos los costos válidos que excedan el cargo permitido de MetLife (*tarifa permitida*) hasta alcanzar el cargo facturado para todos los inscritos, a excepción de los familiares de la

Reserva Selecta y la IRR, los miembros de la IRR (*otra categoría que no sea la de movilización especial*) o aquellos que no gocen del patrocinio del comando.

El gobierno no paga el porcentaje del beneficio máximo del inscrito que ya ha pagado MetLife, ni otros costos, una vez que se alcanza el máximo.

Nota: Solamente se aplica sobre el máximo la tarifa permitida de MetLife (*o el cargo del dentista, si fuera menor*) menos los costos compartidos correspondientes.

Costos compartidos

Los costos compartidos se refieren al monto que un miembro debe pagar por los servicios recibidos. El pago de MetLife se basa en el cargo permitido (*tarifa permitida*). El cargo permitido es el monto que MetLife considera por el procedimiento realizado. En el caso de los dentistas del PDP, es la tarifa negociada. En el caso de los dentistas que no pertenecen a la red, es la tarifa que cobra el dentista, sujeta a limitaciones basadas en los rangos de los cargos razonables y habituales que cobran los dentistas que trabajan en el área. El porcentaje pagado y los costos compartidos del beneficiario dependen del tipo de servicio dental recibido y del grado de pago del patrocinador, como se indica en el cuadro 5.2 de la página siguiente.

Recuerde que existen limitaciones y exclusiones, descritas en la sección 6 de este manual, que pueden afectar el monto que paga el TDP.

Nota: Puede reducir sus gastos en efectivo si visita a los dentistas del PDP.

Tenga en cuenta lo siguiente:

- Todos los beneficiarios inscritos son elegibles para recibir atención dental tanto en el área de servicio CONUS como en el área de servicio OCONUS. Sin embargo, solamente los miembros que gocen del patrocinio del comando pueden pagar los costos compartidos del área de servicio OCONUS. El resto de los miembros pagan los costos compartidos como se indica en las dos columnas del medio del cuadro 5.2 de la página siguiente.

- El acuerdo de costos compartidos para los beneficiarios que gozan del patrocinio del comando en el área de servicio OCONUS no se aplica a los servicios recibidos en el área de servicio CONUS, aunque el beneficiario regrese al área de servicio CONUS de forma permanente o temporal. Dichas reclamaciones se pagan de acuerdo con la fórmula de costos compartidos del área de servicio CONUS (*las dos columnas del medio del cuadro 5.2*).
- Los beneficiarios que no gozan del patrocinio del comando o los familiares de la Reserva Selecta y la IRR y los miembros de la IRR (*otra categoría que no sea la de movilización especial*) que reciben atención dental en el área de servicio OCONUS son responsables de los costos compartidos del área de servicio CONUS (*las dos columnas del medio del cuadro 5.2*) y de toda diferencia entre el cargo del dentista y la tarifa permitida de MetLife para el tratamiento.

Tabla de resumen de los costos compartidos del beneficiario

Cuadro 5.2

Servicios cubiertos	Costos compartidos para los grados de pago E-1 a E-4	Costos compartidos para el resto de los grados de pago (E-5 y superiores)	Costos compartidos para los beneficiarios que gozan del patrocinio del comando en el área de servicio OCONUS ¹
Diagnóstico	0%	0%	0%
Atención preventiva ²	0%	0%	0%
Selladores	20%	20%	0%
Restauración básica	20%	20%	0%
Endodoncia	30%	40%	0%
Periodoncia	30%	40%	0%
Cirugía bucal	30%	40%	0%
Servicios varios (guarda oclusal, protector bucal deportivo)	50%	50%	0%
Otro tipo de restauración	50%	50%	50%
Servicios de implantes	50%	50%	50%
Prostodoncia	50%	50%	50%
Ortodoncia ³	50%	50%	50%

1. Los costos compartidos indicados anteriormente para los beneficiarios que gozan del patrocinio del comando del área de servicio OCONUS no se aplican a los familiares de la Reserva Selecta de la Reserva Preparada y la Reserva Individual Preparada (IRR) ni a los miembros de la IRR (otra categoría que no sea la de movilización especial). Los beneficiarios de esta categoría o los miembros que no gozan del patrocinio del comando están sujetos al acuerdo de costos compartidos del área de servicio CONUS, como se indica en las dos columnas del medio.
2. Los separadores se cubren en su totalidad para pacientes menores de 19 años cuando afectan los dientes posteriores. Asimismo, se cubren con costos compartidos del 20 por ciento para pacientes menores de 19 años cuando reemplazan solamente los dientes anteriores. Los selladores se cubren con costos compartidos del 20 por ciento según lo indicado.
3. El tratamiento de ortodoncia está disponible para familiares inscritos (excepto cónyuges) que tengan menos de 21 años, o de 23 años si están inscritos en un plan de estudios de tiempo completo en una institución de educación superior acreditada y si el patrocinador les proporciona más del 50 por ciento del apoyo financiero. El tratamiento de ortodoncia también está disponible para cónyuges y miembros de la Guardia Nacional y la Reserva menores de 23 años. En todos los casos, la cobertura deja de estar vigente a fines del mes en el que el miembro alcanza el límite de edad correspondiente.

Beneficios y exclusiones del Programa Dental TRICARE

Políticas generales

Todos los servicios cubiertos están sujetos a las siguientes políticas generales:

1. El pago de las primas debe estar al día para que se puedan procesar las reclamaciones y las autorizaciones de pagos. Si las primas no están al día, se demorarán o se denegarán las reclamaciones.
2. Los servicios deben ser necesarios y cumplir con los estándares aceptados de la práctica dental. Un dentista de la red no debe facturar al paciente servicios que no se consideran necesarios o que no cumplen los estándares aceptados de la práctica, a menos que notifique al paciente de su responsabilidad antes del tratamiento y el paciente decida recibirlo. Los dentistas de la red deben documentar dicha notificación al paciente en sus registros.
3. No se puede realizar una apelación cuando se determina que los servicios no son necesarios o que no cumplen con los estándares aceptados de la práctica dental, a menos que el dentista le notifique al paciente de su responsabilidad antes del tratamiento y el paciente decida recibirlo. Esto se debe a que dichos servicios no se pueden facturar al paciente y, por lo tanto, no existiría una controversia sobre el monto para considerar en una apelación. La notificación al paciente debe ser específica sobre el tratamiento dental, y no puede ser un acuerdo financiero general.
4. El Programa Dental TRICARE (TDP) no cubre procedimientos médicos ni los procedimientos cubiertos como atención dental complementaria en virtud de la política médica de TRICARE.
5. Los procedimientos deben informarse utilizando los códigos y la terminología de los procedimientos dentales vigentes de la American Dental Association® (*Asociación Dental Estadounidense*). **Nota:** Si en las reclamaciones del área de servicio OCONUS no se detalla el código de procedimiento, se debe proporcionar una descripción completa del servicio brindado, incluidos los números de los dientes correspondientes.
6. Las reclamaciones de pago que se presenten más de 12 meses después del mes en el que se brindó el servicio no son elegibles para recibir el pago. Un dentista de la red no puede cobrarle al beneficiario los servicios que se denegaron por esta razón.
7. Los servicios, incluidas las evaluaciones, que se realizan normalmente junto con otro servicio, o como parte de éste, se consideran integrales. Los dentistas de la red no pueden cobrarle a los pacientes por servicios denegados si estos se consideran como parte integral de otro servicio.
8. Los dentistas de la red no pueden cobrarle a MetLife ni al paciente por completar los documentos de presentación de reclamaciones ni por presentar la información necesaria para la determinación de beneficios.
9. Un dentista de la red no puede facturar por separado los procedimientos de control de infecciones y las tarifas relacionadas con el cumplimiento de las disposiciones de la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional o de otros organismos gubernamentales, puesto que se consideran parte de los servicios dentales brindados.
10. La anestesia local se considera como parte integral de los procedimientos para los que se administra.
11. El pago de los servicios de diagnóstico que se realizan junto con el tratamiento de ortodoncia se aplica al máximo anual del paciente, según se establece en la nota que aparece debajo del cuadro 6.1.
12. Los períodos para los exámenes bucales de rutina, los servicios de profilaxis (*limpiezas*),

las radiografías interproximales y los tratamientos tópicos con flúor se calculan según el mes de servicio y se cuentan hacia atrás a partir de la fecha del servicio más reciente en cada categoría. Estos períodos no están relacionados con el año del plan estándar de mayo a abril y pueden variar según la fecha de vigencia de la cobertura de cada beneficiario.

Por ejemplo: Si un miembro se inscribe en el TDP en mayo de 2012 y recibe una limpieza el 13 de mayo de 2012, y otra limpieza el 10 de enero de 2013, sería elegible para la próxima limpieza el 1 de mayo de 2013. Si el miembro decide hacerse una limpieza en abril de 2013, esa sería la tercera limpieza dentro de un período de 12 meses consecutivos y no se consideraría un cargo permitido. La tercera limpieza en un período de 12 meses no se cubriría, ya que excede las dos limpiezas permitidas en un período de 12 meses consecutivos (*a menos que esté permitida como tercera limpieza durante el embarazo*).

13. El límite de 24 meses para servicios periodontales (*por ejemplo, cirugía ósea*) se basa en la fecha exacta del servicio (*día y mes*) en la que se realizó el procedimiento.

Por ejemplo: Si se realizó un raspado y alisado radicular el 10 de septiembre de 2012, el mismo servicio en la misma zona de la boca no sería elegible hasta el 10 de septiembre de 2014.

14. El límite de 36 meses para una radiografía total de boca o una radiografía panorámica o un revestimiento/rebasado de la prótesis dental se calcula a partir del mes en el que se prestó el servicio.

Por ejemplo: Si el miembro se sacó una serie completa de radiografías el 15 de mayo de 2012, sería elegible para sacarse otra serie completa de radiografías, o una radiografía panorámica, el 1 de mayo de 2015.

15. El límite de 36 meses para selladores se basa en la fecha exacta del servicio (*día y mes*) en la que se prestó el servicio.

Por ejemplo, si se recibió un sellador el 11 de junio de 2012, un sellador de reemplazo no sería elegible hasta el 11 de junio de 2015.

16. El límite de cinco años para recibir otros servicios de restauración (*por ejemplo, coronas, recubrimientos cuspídeos, etc.*) y servicios de prostodoncia (*por ejemplo, prótesis dentales, puentes fijos, etc.*) se basa en la fecha exacta del servicio (*día y mes*) en la que se realizó el procedimiento.

Por ejemplo: Si se colocó una prótesis dental parcial fija el 15 de junio de 2012, una prótesis de reemplazo no sería elegible hasta el 15 de junio de 2017.

17. A los efectos de la presentación de informes y la determinación de beneficios, la fecha de terminación para coronas, incrustaciones, recubrimientos cuspídeos, reconstrucciones, pernos y muñones, o prótesis fijas es la fecha de cementación.
18. A los efectos de la presentación de informes y la determinación de beneficios, la fecha de terminación para las prótesis removibles es la fecha de colocación.
19. A los efectos de la presentación de informes y la determinación de beneficios, la fecha de terminación para el tratamiento de endodoncia es la fecha en la que se sella el diente.
20. No se realizarán pagos por coronas, incrustaciones, recubrimientos cuspídeos, pernos y muñones, o prótesis dentales y puentes que se hayan iniciado antes de la fecha de vigencia de la cobertura del paciente.

Si tiene alguna consulta acerca de los períodos y la elegibilidad para los beneficios, consulte el interior de la cubierta de este manual para obtener los detalles y la información de contacto.

Documentación necesaria para obtener servicios específicos

Cuando se realizan algunos procedimientos cubiertos, es necesario presentar los materiales de diagnóstico, como la ficha periodontal, las radiografías o un breve informe descriptivo de los servicios prestados y de los factores que pudieran haber afectado la atención brindada. Cuando corresponda, estos requisitos se señalan en la lista de procedimientos cubiertos. Si se solicitan radiografías, MetLife les solicitará a los dentistas que presenten todas las radiografías utilizadas para realizar el diagnóstico y el plan de tratamiento.

La intención de MetLife es solicitar solamente aquellas radiografías que se toman generalmente como parte del diagnóstico y el plan de tratamiento. Si por alguna razón no se hubieran tomado las radiografías, o no estuvieran disponibles, en la reclamación se debe incluir una breve explicación que fundamente la falta de las radiografías.

“**Se requiere informe**” significa que estos servicios se pagan solamente cuando están respaldados por documentos que detallen las circunstancias, presentados junto con la reclamación.

“**Se requiere ficha periodontal**” significa que se debe presentar una ficha periodontal completa para su evaluación al momento de presentar la reclamación.

Nota: En el caso de las reclamaciones del área de servicio OCONUS, no es obligatorio presentar las radiografías y la ficha periodontal, a menos que MetLife lo solicite específicamente. Todas las reclamaciones recibidas del área de servicio OCONUS se procesarán sin necesidad de presentar un informe.

Servicios de diagnóstico

Códigos de servicios de diagnóstico Cuadro 6.1

Código	Descripción del servicio
D0120 ¹	Evaluación bucal periódica—paciente establecido
D0140	Evaluación bucal limitada—enfoque en el problema
D0145 ¹	Evaluación bucal para un paciente menor de 3 años y asesoría para el cuidador principal
D0150 ¹	Evaluación bucal integral—paciente nuevo o establecido
D0160 R	Evaluación bucal exhaustiva y detallada—enfoque en el problema, se requiere informe
D0180	Evaluación periodontal integral—paciente nuevo o establecido
D0210 ¹	Intrabucal—serie completa de radiografías (<i>incluidas las interproximales</i>)
D0220 ¹	Intrabucal—primera radiografía periapical
D0230 ¹	Intrabucal—periapical (<i>cada radiografía adicional</i>)
D0240 ¹	Intrabucal—radiografía oclusal
D0250	Extrabucal—primera radiografía
D0260	Extrabucal—cada radiografía adicional
D0270 ¹	Interproximal—una sola radiografía
D0272 ¹	Interproximal—dos radiografías
D0273 ¹	Interproximal—tres radiografías
D0274 ¹	Interproximal—cuatro radiografías
D0290	Radiografía de estudio de los huesos faciales y craneales con vista anteroposterior y lateral
D0330 ¹	Radiografía panorámica
D0340	Radiografía cefalométrica
D0425 ¹	Pruebas de susceptibilidad a caries

R = Se requiere informe.

1. Los pagos de estos servicios no se aplican sobre el beneficio máximo anual del beneficiario.

Nota: Cuando se presenta una reclamación por una radiografía panorámica o una serie completa de radiografías de un paciente menor de 5 años, se debe presentar el fundamento específico del paciente (*signos o síntomas específicos*).

Beneficios y limitaciones de los servicios de diagnóstico

1. Se cubren tres evaluaciones bucales (*D0120*, *D0150* o *D0180*) en cada período de 12 meses consecutivos. De estas evaluaciones, solamente dos pueden realizarse en el mismo consultorio. Se cubre una tercera evaluación bucal si el servicio lo presta un consultorio diferente. Una evaluación periodontal completa se considera un servicio integral si la realiza el mismo dentista en la misma fecha del servicio que cualquier otra evaluación bucal.
2. Las evaluaciones integrales (*D0150*) son elegibles solamente para los siguientes:
 - Pacientes nuevos
 - Pacientes que no se han realizado una evaluación bucal durante los 36 meses anteriores en el mismo consultorio
 - A modo de excepción, y con presentación de informe, pacientes que han tenido un cambio importante en su estado de salud u otras circunstancias inusuales
3. Se cubren tres evaluaciones bucales (*D0145*) para pacientes menores de 3 años en cada período de 12 meses consecutivos. Solamente dos de estas evaluaciones bucales (*D0145*) pueden realizarse en el mismo consultorio. Se cubre una tercera evaluación bucal (*D0145*) si el servicio lo presta un consultorio diferente. Sin embargo, la cantidad total de evaluaciones (*D0145*, *D0150*, *D0120*) para un paciente menor de 3 años en un período de 12 meses consecutivos no puede ser más de tres.
4. Se permite una evaluación periodontal integral (*D0180*) por paciente, por período de 12 meses consecutivos y por consultorio. Una evaluación periodontal completa se considera un servicio integral si la realiza el mismo dentista en la misma fecha del servicio que cualquier otra evaluación bucal.
5. La evaluación bucal limitada y enfocada en el problema (*D0140*) es elegible una vez por paciente y por dentista en cada período de 12 meses consecutivos, conjuntamente con las consultas (*D9310*); solamente uno de estos servicios es elegible dentro de cada período de 12 meses consecutivos. Una evaluación bucal limitada se considera un servicio integral si la realiza el mismo dentista en la misma fecha del servicio que cualquier otra evaluación bucal.
6. Las reevaluaciones se consideran procedimientos integrales.
7. Las evaluaciones bucales detalladas y extensivas enfocadas en el problema (*D0160*) se pagan solamente cuando se presenta un informe tras la revisión y se limitan a una evaluación por paciente y por dentista, durante la vigencia del contrato. Dichas evaluaciones no se pagarán si están relacionadas con procedimientos médicos, dentales o dentales complementarios que no están cubiertos.
8. No se cubren las radiografías que no tienen calidad diagnóstica, y no se las puede cobrar al paciente cuando las realiza un dentista participante.
9. Se cubre una radiografía de boca completa (*serie completa de radiografías o radiografía panorámica*) por cada período de 36 meses.
10. Normalmente no se cubren las radiografías panorámicas o de boca completa en pacientes menores de 5 años, a menos que MetLife lo autorice. Se debe presentar el fundamento específico del paciente (*signos o síntomas específicos*) para su revisión. Si se deniega, un dentista participante no puede cobrarle al paciente.
11. Se cubre un conjunto de radiografías interproximales, que consta de hasta cuatro radiografías interproximales por visita, durante cada período de 12 meses consecutivos.
12. Se cubre un segundo conjunto de radiografías de interproximales, que consta de hasta cuatro radiografías interproximales, en la nueva área de servicio del paciente si este se traslada debido a un cambio permanente de estación (PCS) a 40 millas, como mínimo, del lugar de servicio original. Junto con la reclamación, se debe presentar una copia de las órdenes oficiales de traslado del patrocinador. Si no

- se puede obtener una copia de las órdenes de traslado, se puede presentar una carta del comandante directo del patrocinador o la documentación de la oficina del personal de los servicios uniformados del patrocinador que confirme el traslado.
13. Las radiografías interproximales verticales (*D0277*) se pagan según la misma asignación que cuatro radiografías interproximales y están sujetas a las mismas limitaciones de beneficios que cuatro radiografías interproximales. El paciente no es responsable de pagar la diferencia entre la asignación y la tarifa del dentista.
 14. Las radiografías que se toman en un laboratorio de radiología no son un beneficio cubierto, a menos que las facture un dentista participante con licencia. No se puede cobrar al paciente la diferencia entre la asignación para las radiografías y la tarifa que cobra el laboratorio de radiología.
 15. Si la asignación total para las radiografías periapicales, oclusales o interproximales informadas individualmente es igual o superior a la asignación para la serie completa de radiografías, las radiografías enumeradas individualmente se pagan como una serie completa de radiografías y están sujetas a las mismas limitaciones de beneficios que la serie completa. Un dentista de la red no puede cobrarle al paciente la diferencia en las tarifas.
 16. Las radiografías periapicales o interproximales se consideran integrales si las realiza el mismo dentista, en la misma fecha, como una serie completa de radiografías.
 17. Las radiografías interproximales no se consideran integrales cuando se realizan en la misma fecha del servicio como una radiografía panorámica. Se pagan como si fueran un servicio diferente.
 18. El pago de las radiografías periapicales y las radiografías panorámicas informadas individualmente se limita a la asignación de pago para una serie completa de radiografías.
 19. La radiografía tomada para diagnosticar la necesidad de realizar un tratamiento de conducto es elegible para el pago, además del tratamiento de conducto. El resto de las radiografías que se tomen dentro de los 30 días posteriores al tratamiento de conducto y en conjunto con el tratamiento de conducto, incluidas las radiografías que se toman después del tratamiento, se consideran integrales y no se deben cobrar por separado.
 20. No se cubren las radiografías que se toman en conjunto con el diagnóstico o el tratamiento de la disfunción de la articulación temporomandibular (TMD).
 21. Se cubre una radiografía de estudio de los huesos faciales y craneales con vista anteroposterior y lateral (*D0290*) y una radiografía cefalométrica (*D0340*) por cada período de 12 meses. No se cubren para el diagnóstico o el tratamiento de la TMD.
 22. Se cubren las radiografías cefalométricas para pacientes menores de 23 años.
 23. Las pruebas de vitalidad pulpar se consideran integrales a todos los servicios.
 24. Las pruebas de susceptibilidad a caries se pagan solamente si se realizan en conjunto con un régimen intensivo de terapia preventiva en el hogar (*incluidos los enjuagues bucales recetados*) para determinar si se debe continuar con la terapia. Se paga una prueba por régimen. El régimen se debe haber iniciado inmediatamente después de finalizar la restauración de un episodio reciente de proliferación de caries.
 25. Las pruebas de susceptibilidad a caries normalmente no se pagan para los pacientes con caries sin arreglar o cuando se realizan para educar al paciente.

Servicios preventivos

Nota: Se aplican costos compartidos del 20 por ciento para los separadores (D1510, D1515, D1520 y D1525) solamente cuando reemplacen a los incisivos.

Códigos de servicios preventivos Cuadro 6.2

Código	Descripción del servicio
D1110 ¹	Profilaxis—adulto
D1120 ¹	Profilaxis—niño
D1203 ¹	Aplicación tópica de flúor (<i>profilaxis no incluida</i>)—niño
D1204 ¹	Aplicación tópica de flúor (<i>profilaxis no incluida</i>)—adulto
D1206 ¹	Barniz tópico con flúor; aplicación terapéutica para pacientes con riesgo moderado a alto de tener caries
D1510	Separador—fijo—unilateral
D1515	Separador—fijo—bilateral
D1520	Separador—removible—unilateral
D1525	Separador—removible—bilateral
D1550	Recementación de separador
D1555	Extracción de separador fijo

1. Los pagos de estos servicios no se aplican sobre el beneficio máximo anual del beneficiario.

Beneficios y limitaciones de los servicios preventivos

1. Se cubren dos profilaxis de rutina en cada período de 12 meses consecutivos.
2. Se cubre una tercera profilaxis en un período de 12 meses consecutivos durante el embarazo. Las inscritas deben hablar con sus dentistas para asegurarse de que indiquen claramente el embarazo de la paciente en el documento de presentación de reclamaciones.
3. Se permitirá la profilaxis para adultos en pacientes de 13 años de edad o más.
4. Se permite una tercera profilaxis en un período de 12 meses consecutivos para los inscritos que tienen diabetes. El dentista debe indicar el código de diagnóstico médico en el documento de presentación de reclamaciones. Los inscritos deben asegurarse de que se

indique claramente el diagnóstico médico en el documento de presentación de reclamaciones.

5. Los servicios de profilaxis de rutina pueden permitirse cuando sean elegibles y los realice el mismo dentista en el mismo día como un raspado y alisado radicular por cuadrante (D4342) y una cirugía periodontal de cuadrante parcial (D4211, D4241, D4261) porque el resto de los dientes sanos en los cuadrantes aún pueden necesitar profilaxis.
6. Una profilaxis de rutina se considera un servicio integral cuando se realiza en conjunto con un raspado periodontal y alisado radicular, un mantenimiento periodontal, una gingivectomía o gingivoplastia, un procedimiento de colgajo gingival, una cirugía mucogingival o una cirugía ósea, o como un proceso de acabado de estos.
7. Una profilaxis de rutina incluye los procedimientos de raspado y pulido relacionados. No existen disposiciones que contemplen asignaciones adicionales según el grado de dificultad.
8. El raspado periodontal en presencia de inflamación gingival se considera una profilaxis de rutina y se paga como tal. Los dentistas de la red no pueden cobrarles a los pacientes la diferencia en las tarifas.
9. Se cubren dos aplicaciones tópicas de flúor en cada período de 12 meses consecutivos.
10. Las aplicaciones tópicas de flúor, que pueden incluir aplicaciones de barniz con flúor, se cubren solamente cuando se utiliza y se aplica flúor de concentración de receta médica en los dientes, en el consultorio y bajo la supervisión de un profesional dental. El uso de una pasta de profilaxis con flúor califica para el pago solamente como un componente de una profilaxis de rutina.
11. Los separadores se cubren en su totalidad para pacientes menores de 19 años cuando afectan los dientes posteriores. Asimismo, se cubren con costos compartidos del 20 por ciento para pacientes menores de 19 años cuando reemplazan solamente los dientes anteriores.

12. La reparación de separadores dañados no es un beneficio cubierto.
13. La extracción de los separadores se considera un procedimiento integral, a menos que la realice un dentista diferente que no sea miembro del consultorio en el que se colocó el separador.

Selladores

Códigos de selladores

Cuadro 6.3

Código	Descripción del servicio
D1351	Sellador—por diente
D1352	Restauración preventiva de resina para pacientes con riesgo moderado a alto de tener caries—diente permanente

Beneficios y limitaciones para selladores

1. Los selladores se cubren solamente para molares permanentes hasta los 18 años. Los dientes no deben tener caries y no debe existir una restauración previa en la superficie mesial, distal u oclusal. Se cubre un sellador por diente en cada período de tres años.
2. No se cubren los selladores para dientes que no sean molares permanentes.
3. Los selladores que se aplican en la misma fecha del servicio y en el mismo diente en el que se realiza una restauración de la superficie oclusal se consideran procedimientos integrales.
4. La restauración preventiva de resina (D1352) en los primeros y segundos molares permanentes se cubre como un servicio preventivo en el mismo nivel de beneficios que un sellador dental (D1351). Además, el servicio se cubre hasta el mismo límite de edad y frecuencia que los selladores dentales, con un límite de frecuencia combinada con los selladores dentales (D1351).

Servicios de restauración

Códigos de servicios de restauración

Cuadro 6.4

Código	Descripción del servicio
D2140	Amalgama—una superficie, de leche o permanente
D2150	Amalgama—dos superficies, de leche o permanentes
D2160	Amalgama—tres superficies, de leche o permanentes
D2161	Amalgama—cuatro o más superficies, de leche o permanentes
D2330	Resina compuesta—una superficie, anterior
D2331	Resina compuesta—dos superficies, anterior
D2332	Resina compuesta—tres superficies, anterior
D2335	Resina compuesta—cuatro o más superficies o que afecta el ángulo incisivo (<i>anterior</i>)
D2390	Corona de resina compuesta, anterior
D2391	Resina compuesta—una superficie, posterior
D2392	Resina compuesta—dos superficies, posterior
D2393	Resina compuesta—tres superficies, posterior
D2930	Corona prefabricada de acero inoxidable—diente de leche
D2931	Corona prefabricada de acero inoxidable—diente permanente
D2932	Corona prefabricada de resina
D2933	Corona prefabricada de acero inoxidable con ventanas de resina
D2951	Retención con clavillos—por diente, además de la restauración

Beneficios y limitaciones de los servicios de restauración

1. Los moldes de diagnóstico (*modelos de estudio*) que se toman en conjunto con los procedimientos de restauración se consideran integrales.
2. Las restauraciones sedantes no son un beneficio cubierto.
3. La retención con clavillos se cubre solamente cuando se informa en conjunto con una restauración elegible.
4. Una restauración de amalgama o resina que se informa junto con una reconstrucción de corona o un perno y muñón se considera un procedimiento integral.
5. Una restauración de amalgama o resina que se informa junto con un clavillo (*D2951*), además de una corona, se considera una reconstrucción con clavillo (*D2950 o D6973*).
6. A los efectos de la presentación de informes y la determinación de beneficios, la restauración preventiva de resina u otro tipo de restauración que no se extienda a la dentina se considera como un sellador.
7. Los servicios de restauración se cubren solamente cuando son necesarios debido a la presencia de caries, diente fracturado, desgaste, erosión, abrasión, o defectos congénitos o del desarrollo. Los servicios de restauración no se cubren cuando se realizan con fines estéticos.
8. A los efectos de la determinación de beneficios, una restauración que afecta dos o más superficies se procesa con el código de restauración de superficies múltiples correspondiente.
9. Las restauraciones múltiples realizadas por el mismo dentista en la misma fecha y en la misma superficie de un diente posterior, sin afectar una segunda superficie, se procesan como una restauración de una sola superficie.
10. Si se informan restauraciones posteriores múltiples que afectan varias superficies con, al menos, una superficie común, se realiza

una asignación por una sola restauración que refleja la cantidad de superficies diferentes afectadas.

11. Las restauraciones múltiples que afectan superficies contiguas (*en contacto*) realizadas por el mismo dentista en la misma fecha del servicio se procesan como una restauración que refleja la cantidad de superficies diferentes informadas.

Por ejemplo: Una restauración de amalgama de una superficie en la superficie lingual y una restauración de amalgama de una superficie en la superficie mesial se combinan y se procesan como una restauración de amalgama de dos superficies. Esta política se aplica aunque las restauraciones se informen como servicios separados.

12. La reparación o el reemplazo de restauraciones que afectan las mismas superficies dentales, realizados por el mismo dentista dentro de los 12 meses posteriores a la restauración previa, se consideran procedimientos integrales y un dentista de la red no puede cobrarle una tarifa separada al miembro. Sin embargo, se puede permitir el pago si la reparación o el reemplazo se deben a la fractura del diente o si la restauración afecta la superficie oclusal de un diente posterior o la superficie lingual de un diente anterior y se coloca después de un tratamiento de conducto.
13. Las restauraciones de resina (*compuesto*) que afectan más de tres superficies no se cubren cuando se realizan en los dientes posteriores. Sin embargo, se realiza una asignación equivalente a la de una restauración de amalgama. El miembro es responsable de pagar la diferencia entre el cargo del dentista por la restauración de resina y el monto que MetLife paga por la restauración de amalgama.
14. Las restauraciones no se cubren cuando se realizan después de que el mismo dentista coloca cualquier tipo de corona o recubrimiento cuspidado en el mismo diente, a menos que MetLife lo autorice.

15. El pago de las restauraciones abarca todos los servicios relacionados, incluidos, entre otros, grabado ácido, bases, forros cavitarios, adhesivos dentinarios, anestesia local, pulido, eliminación de caries, preparación del tejido gingival, ajustes oclusales/corrección de contactos y agentes de detección.
16. Las coronas de resina compuesta (D2390) colocadas en los dientes anteriores se limitan a una por diente en cada período de 12 meses. La reparación o el reemplazo dentro de los 12 meses posteriores a la colocación realizada por el mismo dentista se considera integral. No se cubre la colocación realizada dentro de los 12 meses posteriores a una restauración previa. Un dentista de la red no puede cobrarle una tarifa separada al paciente. Si un diagnóstico justifica la colocación de una corona (D2390) en un diente que el mismo dentista ya restauró en los últimos 12 meses, se puede considerar al servicio para su cobertura. Se debe presentar un informe que justifique el procedimiento para que MetLife lo revise. El pago de las restauraciones abarca todos los servicios relacionados, incluidos, entre otros, grabado ácido, bases, forros cavitarios, adhesivos dentinarios, anestesia local, pulido, eliminación de caries, preparación del tejido gingival, ajustes oclusales/corrección de contactos y agentes de detección.
17. Se cubre una corona prefabricada de resina (D2932) por diente, de por vida, solamente para los dientes de leche anteriores, los dientes permanentes anteriores hasta los 14 años de edad, o cuando se coloca debido a una lesión accidental. Se consideran integrales cuando se colocan como preparación para una corona permanente.
18. Las coronas prefabricadas de acero inoxidable (D2930, D2931) se cubren solamente para los dientes de leche, los dientes permanentes hasta los 14 años de edad, o cuando se colocan debido a una lesión accidental. Se limitan a una corona por paciente, por diente, de por vida.
19. Las coronas prefabricadas de acero inoxidable con ventanas de resina (D2933) se cubren solamente para los dientes de leche anteriores y premolares a cualquier edad, y para los

dientes permanentes anteriores y premolares en pacientes de hasta 14 años. Se limitan a una corona por diente, de por vida.

20. No se cubren las coronas prefabricadas de acero inoxidable con recubrimiento estético para dientes de leche (D2934). Sin embargo, se realiza una asignación equivalente a la de una corona prefabricada de acero inoxidable para diente de leche (D2930). El beneficiario es responsable de pagar la diferencia entre el cargo del dentista por la corona prefabricada de acero inoxidable con recubrimiento estético y el monto que MetLife paga por la corona de acero inoxidable.
21. Las coronas temporales colocadas en dientes fracturados (D2970) son elegibles una por diente, de por vida. Se consideran integrales a la fabricación de la corona cuando las provee el mismo consultorio que provee la corona definitiva.

Otros servicios de restauración

Códigos de otros servicios de restauración

Cuadro 6.5

Código	Descripción del servicio
D2542 X	Recubrimiento cuspídeo—metálico—dos superficies
D2543 X	Recubrimiento cuspídeo—metálico—tres superficies
D2544 X	Recubrimiento cuspídeo—metálico—cuatro o más superficies
D2642 X	Recubrimiento cuspídeo—porcelana/cerámica—dos superficies
D2643 X	Recubrimiento cuspídeo—porcelana/cerámica—tres superficies
D2644 X	Recubrimiento cuspídeo—porcelana/cerámica—cuatro o más superficies
D2662 X	Recubrimiento cuspídeo—resina compuesta—dos superficies
D2663 X	Recubrimiento cuspídeo—resina compuesta—tres superficies
D2664 X	Recubrimiento cuspídeo—resina compuesta—cuatro o más superficies
D2740 X	Corona—sustrato de porcelana/cerámica
D2750 X	Corona—porcelana fundida sobre metal muy noble

Códigos de otros servicios de restauración (continuación)

Código	Descripción del servicio
D2751 X	Corona—porcelana fundida sobre metal predominantemente base
D2752 X	Corona—porcelana fundida sobre metal noble
D2780 X	Corona—3/4 de metal muy noble fundido
D2781 X	Corona—3/4 de metal predominantemente base fundido
D2782 X	Corona—3/4 de metal noble fundido
D2783 X	Corona—3/4 porcelana/cerámica
D2790 X	Corona—completa de metal muy noble fundido
D2791 X	Corona—completa de metal predominantemente base fundido
D2792 X	Corona—completa de metal noble fundido
D2794 X	Corona—titanio
D2910	Recementación de incrustaciones, recubrimientos cuspídeos o restauración de cobertura parcial
D2915	Recementación de perno y muñón prefabricados o de metal fundido
D2920	Recementación de corona
D2950 X	Reconstrucción de muñón, con clavillos
D2954 X	Perno y muñón prefabricados, además de la corona
D2960 X	Carilla labial (<i>lámina de resina</i>)—en consultorio
D2961 X	Carilla labial (<i>lámina de resina</i>)—en laboratorio
D2962 XR	Carilla labial (<i>lámina de porcelana</i>)—en laboratorio
D2970	Corona temporal (<i>diente fracturado</i>)
D2980 R	Reparación de corona, se requiere informe

X = Se requiere radiografía.
R = Se requiere informe.

Beneficios y limitaciones de los otros servicios de restauración

1. A los efectos de la presentación de informes y la determinación de beneficios, la fecha de terminación para coronas, recubrimientos cuspídeos y reconstrucciones es la fecha de cementación.
2. El cargo por una corona o un recubrimiento cuspídeo debe incluir todos los cargos del trabajo relacionado con su colocación, incluidos, entre otros, la preparación del tejido gingival, la preparación del diente, la corona temporal, los moldes de diagnóstico (*modelos de estudio*), las impresiones, las visitas de prueba y las cementaciones de las coronas temporales y permanentes.
3. Los recubrimientos cuspídeos, las restauraciones de una sola corona permanente y los pernos y muñones para los miembros de 12 años o menores están excluidos de la cobertura, a menos que se brinde un fundamento específico que indique la razón de dicho tratamiento (*por ejemplo, fractura, terapia de endodoncia, etc.*) y que MetLife los autorice.
4. La reconstrucción de muñón (*D2950*) se puede considerar para los beneficios solamente cuando no hay retención suficiente para una corona. No se debe informar una reconstrucción cuando el procedimiento solamente incluye un empaste para eliminar cortes, formas de caja o irregularidades cóncavas en la preparación.
5. Los pernos y muñones de fabricación indirecta (*D2952*) se procesan como un beneficio alternativo de un perno y un muñón prefabricados. El paciente es responsable de la diferencia entre el cargo del dentista por el perno y muñón de fabricación indirecta y el monto que MetLife pagó por el perno y el muñón prefabricados.
6. Los pernos adicionales (*D2953, D2957*) se consideran integrales al procedimiento de restauración relacionado.
7. El reemplazo de coronas, recubrimientos cuspídeos, reconstrucciones y pernos y muñones se cubre solamente si la corona, el recubrimiento cuspídeo, la reconstrucción o el perno y muñón se colocó al menos cinco

años antes del reemplazo y se presentan pruebas suficientes de que la corona, el recubrimiento cuspídeo, la reconstrucción o el perno y muñón existente no es utilizable ni puede repararse. El límite de cinco años para coronas, recubrimientos cuspídeos, reconstrucciones y pernos y muñones no se aplica si el miembro se traslada debido a un PCS a 40 millas, como mínimo, del lugar de servicio original. Se debe demostrar mediante pruebas suficientes que la corona, el recubrimiento cuspídeo, la reconstrucción o el perno y muñón existente no es utilizable ni puede repararse; además, se debe presentar una copia de las órdenes oficiales de traslado del patrocinador junto con la reclamación. Si no se puede obtener una copia de las órdenes de traslado, se puede presentar una carta del comandante directo del patrocinador o la documentación de la oficina del personal de los servicios uniformados del patrocinador que confirme el traslado. La fecha del servicio de cinco años se calcula a partir de la fecha real (*día y mes*) del servicio inicial, en lugar del primer día del mes en el que se recibió el servicio inicial. La excepción de PCS no se aplica si el miembro regresa al proveedor anterior para recibir tratamiento.

8. Los recubrimientos cuspídeos, las coronas y los pernos y muñones se cubren solamente cuando son necesarios debido a la presencia de caries o a la fractura de un diente. Sin embargo, si el diente se puede restaurar adecuadamente con amalgama o empaste de resina compuesta, se autoriza el pago por ese servicio. Este pago se puede utilizar para cubrir el costo del recubrimiento cuspídeo, la corona o el perno y el muñón. Esta disposición se aplica solamente cuando el servicio de restauración prestado se debe a la presencia de caries o a la fractura de un diente. Si el servicio se presta por otra razón (*por ejemplo, con fines estéticos*), un servicio alternativo, como amalgama o empaste compuesto, no sería elegible para el pago.
9. Las coronas, las incrustaciones, los recubrimientos cuspídeos o los pernos y muñones comenzados antes de la fecha

de vigencia de la cobertura, o cementados después de la fecha de cancelación de la cobertura, no son elegibles para el pago.

10. Los recubrimientos cuspídeos son elegibles solamente cuando se recubren las cúspides.
11. Las coronas temporales colocadas en dientes fracturados (*D2970*) son elegibles una por diente, de por vida. Se consideran integrales a la fabricación de la corona cuando las provee el mismo consultorio que provee la corona definitiva.
12. Las coronas temporales colocadas como preparación para una corona permanente se consideran integrales a la colocación de la corona permanente.
13. La recementación de una sola prótesis dental (*D2910, D2915, D2920*) es elegible una vez en cada período de seis meses. Si la recementación la realiza el mismo dentista dentro de los 12 meses posteriores a la colocación, se la considera integral.
14. Cuando se realiza como un procedimiento independiente, la colocación de un perno no es un beneficio cubierto. Los pernos se cubren solamente cuando se los coloca como parte de una reconstrucción de una corona, y se los considera integrales a la reconstrucción.
15. En el caso de los códigos *D2960, D2961* y *D2962*, se solicitan radiografías de diagnóstico previas al tratamiento para determinar si el servicio se realiza con fines estéticos o debido a la presencia de caries, una fractura del diente o una desfiguración grave congénita o del desarrollo.
16. El pago por una restauración de resina anterior se realiza cuando la carilla de resina o porcelana fabricada en el laboratorio se utiliza para restaurar los dientes anteriores debido a la presencia de caries o un diente fracturado.
17. Se puede considerar la cobertura de las carillas de porcelana (*D2962*) en dientes anteriores completamente erupcionados para corregir una desfiguración grave congénita o del desarrollo. Se debe presentar un informe que describa la desfiguración. El pago se limita a una carilla por diente en cada período de cinco años.

18. Las carillas labiales se cubren solamente cuando se colocan para tratar una desfiguración grave congénita o del desarrollo. Sin embargo, si se necesita hacer una restauración debido a una fractura en el diente o a la presencia de caries, se puede realizar el pago correspondiente a una restauración de resina anterior para cubrir parte del costo de la carilla, y el paciente es responsable de pagar la diferencia entre la asignación por una restauración de resina y el cargo del dentista por la carilla. El tratamiento de los incisivos laterales en forma de clavija se cubre siempre que el método de restauración (*carilla labial o corona*) sea un procedimiento cubierto por el TDP.
19. Las incrustaciones de porcelana o cerámica, de metal y de resina compuesta no son beneficios cubiertos. Sin embargo, se realiza un pago por la restauración de amalgama correspondiente a un diente posterior que refleja la cantidad de superficies diferentes restauradas.
20. Las restauraciones de ionómetro de vidrio se pagan según las tarifas de las restauraciones de amalgama para dientes posteriores o las restauraciones de resina para dientes anteriores.

Servicios de endodoncia

Códigos de servicios de endodoncia Cuadro 6.6

Código	Descripción del servicio
D3120	Recubrimiento de la pulpa—indirecto (<i>sin incluir la restauración definitiva</i>)
D3220	Pulpotomía terapéutica (<i>sin incluir la restauración definitiva</i>)
D3221	Desbridamiento pulpar—dientes de leche y permanentes
D3222	Pulpotomía parcial para apexogénesis—diente permanente con desarrollo incompleto de la raíz
D3230	Tratamiento pulpar (<i>empaste reabsorbible</i>)—diente de leche anterior (<i>sin incluir la restauración definitiva</i>)
D3240	Tratamiento pulpar (<i>empaste reabsorbible</i>)—diente de leche posterior (<i>sin incluir la restauración definitiva</i>)

Códigos de servicios de endodoncia (continuación)

Código	Descripción del servicio
D3310	Tratamiento de conducto anterior (<i>sin incluir la restauración definitiva</i>)
D3320	Tratamiento de conducto bicúspide (<i>sin incluir la restauración definitiva</i>)
D3330	Tratamiento de conducto molar (<i>sin incluir la restauración definitiva</i>)
D3332 XR	Terapia de endodoncia incompleta; diente inoperable, fracturado o que no se puede restaurar
D3333 XR	Reparación interna de la raíz por defectos de perforación
D3346	Nuevo tratamiento de un tratamiento de conducto previo—anterior
D3347	Nuevo tratamiento de un tratamiento de conducto previo—bicúspide
D3348	Nuevo tratamiento de un tratamiento de conducto previo—molar
D3351	Apexificación/recalcificación/regeneración pulpar—primera visita (<i>por ejemplo, cierre apical/repación calcificante de perforaciones, reabsorción radicular, desinfección de la cavidad pulpar</i>)
D3352	Apexificación/recalcificación/regeneración pulpar—reemplazo de medicación provisoria (<i>por ejemplo, cierre apical/repación calcificante de perforaciones, reabsorción radicular, desinfección de la cavidad pulpar</i>)
D3353	Apexificación/recalcificación—última visita (<i>incluye tratamiento de conducto finalizado, cierre apical/repación calcificante de perforaciones, reabsorción radicular</i>)
D3354	Regeneración pulpar—(<i>finalización del tratamiento regenerativo en un diente permanente joven con una pulpa necrótica</i>); no incluye la restauración definitiva
D3410	Apicectomía/cirugía perirradicular—anterior
D3421	Apicectomía/cirugía perirradicular—bicúspide (<i>primera raíz</i>)

Códigos de servicios de endodoncia (continuación)

Código	Descripción del servicio
D3425	Apicectomía/cirugía perirradicular—molar (primera raíz)
D3426	Apicectomía/cirugía perirradicular (cada raíz adicional)
D3430	Empaste retrógrado—por raíz
D3450	Amputación radicular—por raíz
D3920	Hemisección (se incluye cualquier extracción de raíz)—no se incluye el tratamiento de conducto

X = Se requiere radiografía.
R = Se requiere informe.

Beneficios y limitaciones de los servicios de endodoncia

1. Los recubrimientos directos de la pulpa se consideran un servicio integral cuando se realizan en la misma fecha que una restauración.
2. Los revestimientos indirectos de la pulpa se consideran un servicio integral cuando se realizan dentro de los 60 días anteriores a la restauración definitiva. Cuando están cubiertos, los pagos se limitan a un recubrimiento indirecto de la pulpa por diente, de por vida.
3. Las pulpotomías se consideran servicios integrales cuando las realiza el mismo dentista dentro de los 45 días anteriores a la finalización del tratamiento de conducto.
4. Una pulpotomía se cubre cuando se realiza como un procedimiento definitivo de endodoncia y, por lo general, se paga solamente para los dientes de leche. Las pulpotomías que se realizan en los dientes permanentes se consideran un servicio integral a un tratamiento de conducto y no se reembolsan a menos que se presenten los fundamentos específicos y que no se haya realizado ni se realizará un tratamiento de conducto en el mismo diente.
5. El tratamiento pulpar (*empaste reabsorbible*) se cubre de la siguiente manera:
 - Se limita a los dientes incisivos primarios para miembros de hasta, pero sin incluir, de 6 años, y a los molares y bicúspides hasta, pero sin incluir, de 11 años.
6. El desbridamiento pulpar se cubre cuando se realiza para aliviar el dolor agudo. Se lo considera un servicio integral a un tratamiento de conducto o a un tratamiento paliativo de emergencia cuando lo realiza el mismo dentista en la misma fecha.
7. La pulpotomía parcial para apexogénesis se cubre solamente para los dientes permanentes, una vez por diente, de por vida. El procedimiento se considera un servicio integral cuando se lo realiza el mismo día o dentro de los 45 días anteriores a un tratamiento de conducto.
8. El tratamiento de una obstrucción del conducto radicular se considera un procedimiento integral.
9. Un tratamiento de endodoncia incompleto no se cubre cuando el paciente abandona el tratamiento. Para el resto de las circunstancias, se debe presentar una radiografía previa al tratamiento y un informe que describa el tratamiento realizado y la razón por la que no se pudo terminar.
10. El nuevo tratamiento de un tratamiento de conducto anterior (D3346, D3347 y D3348) **no se** cubre dentro de los 12 meses posteriores al tratamiento inicial si lo realiza el mismo dentista. Un dentista de la red no puede cobrarle una tarifa al miembro.
11. La reparación interna de la raíz por defectos de perforación no se cubre cuando el dentista que realiza el tratamiento causa la perforación. Para el resto de las circunstancias, se debe presentar una radiografía previa al tratamiento y un informe.
12. La colocación de un perno no se cubre cuando se realiza como un procedimiento independiente. Los pernos son elegibles solamente cuando se los coloca como parte de la reconstrucción de una corona y se los considera un servicio integral de la reconstrucción.

13. La preparación del conducto y la colocación de una espiga o perno preformado (D3950) no es un beneficio cubierto.
14. A los efectos de la presentación de informes y la determinación de beneficios, la fecha de terminación para el tratamiento de endodoncia es la fecha en la que se sella el diente.
15. No existe una asignación para el tratamiento de conductos adicionales.
16. Un procedimiento de “abrir y drenar” realizado en un absceso dental para aliviar el dolor en una emergencia se considera un tratamiento paliativo de emergencia (D9110).
17. La colocación de una restauración definitiva luego de un tratamiento de endodoncia es elegible como un procedimiento separado.
18. La primera visita de una apexificación/recalcificación/regeneración pulpar (D3351) incluye la apertura del diente, la preparación de los espacios del conducto, el primer reemplazo de medicamentos y las radiografías necesarias. *(Este procedimiento puede incluir la primera fase de un tratamiento de conducto completo).*
19. El código del reemplazo de medicamentos provisorios para la apexificación/recalcificación/regeneración pulpar (D3352) incluye las visitas en las que se reemplaza el medicamento intraconducto con un medicamento nuevo y se toman las radiografías necesarias. Pueden existir varias vistas como estas.
20. La última visita de la apexificación (D3353) incluye la última fase del tratamiento de conducto completo. El tratamiento de conducto que se informa junto con el tratamiento de apexificación no es un procedimiento que se reembolse por separado.
21. La regeneración pulpar (D3354) incluye la suspensión del medicamento intraconducto, los procedimientos necesarios para regenerar el desarrollo continuo de la raíz, y las radiografías necesarias. Este procedimiento incluye la colocación de un sello en la

sección de la corona del sistema de conductos radiculares. No se realiza un tratamiento de conducto convencional. La regeneración pulpar (D3354) se cubre al mismo nivel de beneficio que los procedimientos de los códigos (D3351, D3352 y D3353).

Servicios periodontales

Códigos de servicios periodontales Cuadro 6.7

Código	Descripción del servicio
D4210 XC	Gingivectomía o gingivoplastia—cuatro o más dientes contiguos o espacios dentales, por cuadrante
D4211 XC	Gingivectomía o gingivoplastia—de uno a tres dientes contiguos o espacios dentales, por cuadrante
D4240 XC	Procedimiento de colgajo gingival, incluido el alisado radicular—cuatro o más dientes contiguos o espacios dentales, por cuadrante
D4241 XC	Procedimiento de colgajo gingival, incluido el alisado radicular—uno a tres dientes contiguos o espacios dentales, por cuadrante
D4249 X	Alargamiento de corona clínica—tejido duro
D4260 XC	Cirugía ósea (<i>incluida entrada y cierre del colgajo</i>)—cuatro o más dientes contiguos o espacios dentales, por cuadrante
D4261 XC	Cirugía ósea (<i>incluida entrada y cierre del colgajo</i>)—de uno a tres dientes contiguos o espacios dentales, por cuadrante
D4263 XC	Injerto de reemplazo óseo—primera zona en el cuadrante
D4264 XC	Injerto de reemplazo óseo—cada zona adicional en el cuadrante
D4266 XC	Regeneración guiada de tejidos—barrera reabsorbible, por zona
D4267 XC	Regeneración guiada de tejidos—barrera no reabsorbible, por zona (<i>incluye la extracción de la membrana</i>)
D4270 C	Procedimiento de injerto de tejido blando pediculado

Códigos de servicios periodontales (continuación)

Código	Descripción del servicio
D4271 C	Procedimiento de injerto libre de tejido blando (<i>incluida la cirugía de la zona donante</i>)
D4275 C	Aloinjerto de tejido blando
D4341 XC	Raspado periodontal y alisado radicular—cuatro o más dientes por cuadrante
D4342 XC	Raspado periodontal y alisado radicular: de uno a tres dientes por cuadrante
D4355	Desbridamiento de toda la boca para realizar una evaluación y un diagnóstico exhaustivos—se cubre una vez por cada período de 24 meses
D4910	Mantenimiento periodontal
D4920	Cambio de vendaje no programado (<i>realizado por una persona que no es el dentista a cargo del tratamiento</i>)
<i>X = Se requiere radiografía.</i> <i>C = Se requiere ficha periodontal.</i>	

Nota: En el caso de los procedimientos que requieren radiografías o la ficha periodontal, también se debe presentar el diagnóstico. Se requieren radiografías y la ficha periodontal cuando se presenta una reclamación de raspado periodontal y alisado radicular (*D4341, D4342*) para miembros menores de 30 años. En el caso de pacientes mayores de 30 años, se requiere solamente la ficha periodontal.

En el caso de los beneficiarios con diabetes (*documentada médicamente*), no se aplicarán costos compartidos para los procedimientos de raspado y alisado radicular, de acuerdo con los beneficios y las limitaciones de los servicios periodontales. Estos procedimientos no afectan el pago máximo anual.

Beneficios y limitaciones de los servicios periodontales

1. No se cubren la gingivectomía o gingivoplastia, el procedimiento del colgajo gingival, la regeneración guiada de tejidos, los injertos de tejido blando, los injertos de reemplazo óseo y las cirugías óseas realizadas dentro de los 24 meses posteriores al mismo procedimiento quirúrgico periodontal en la misma zona de la boca.
2. La gingivectomía o gingivoplastia realizada junto con la colocación de coronas, recubrimientos cuspídeos, reconstrucciones de coronas, pernos y muñones, o restauraciones básicas se consideran un servicio integral de la restauración.
3. No se cubren los procedimientos quirúrgicos periodontales o de raspado y alisado radicular realizados en la misma zona de la boca dentro de los 24 meses posteriores a un procedimiento de colgajo gingival.
4. El procedimiento de colgajo gingival se considera un servicio integral de los procedimientos quirúrgicos periodontales, los procedimientos de endodoncia y los procedimientos de cirugía bucal y maxilofacial cuando los realiza el mismo dentista en la misma fecha del servicio y en la misma zona de la boca.
5. Se deben presentar radiografías previas al tratamiento para determinar los beneficios del alargamiento de corona, y si el alargamiento de corona se realiza en la misma fecha que la corona, se lo considera un servicio integral a la corona.
6. Una zona de injerto de tejido blando (*D4271*) y una zona de injerto de tejido conectivo (*D4273*) se procesan como un beneficio de una zona cuando las zonas de los injertos incluyen dos dientes contiguos.
7. Los injertos de tejido conectivo subepitelial (*D4273*) y los injertos combinados pediculados dobles y de tejido conectivo (*D4276*) se pagan según la misma asignación que los injertos libres de tejido blando (*D4271*). El paciente debe pagar la diferencia entre la asignación del injerto de tejido blando y el cargo del dentista.

8. Los injertos de reemplazo óseo (*D4263, D4264*) son elegibles solamente cuando se realizan para tratar dientes con defectos periodontales. Para informar estos dos códigos de procedimiento, los dientes deben estar presentes. No son elegibles cuando se realizan por otras razones, por ejemplo, rellenar una zona de extracción o un defecto causado por una apicectomía o la extirpación de un quiste.
9. Los injertos óseos realizados para preservar el reborde (*D7953*) se cubren cuando son elegibles y necesarios en relación con la colocación de un implante dental, y se cubren al mismo nivel de beneficio que los implantes dentales.
10. A los efectos de informar injertos de reemplazo óseo, una sola zona consiste en una zona contigua, independientemente de la cantidad de dientes (*por ejemplo, cráter*) o superficies afectadas. Otra zona en el mismo diente se considera integral a la primera zona informada. Las zonas que no son contiguas y afectan otros dientes se pueden informar como zonas adicionales.
11. La cirugía ósea no se cubre cuando se realiza dentro de los 24 meses posteriores a una cirugía ósea en la misma zona de la boca.
12. Cuando un dentista realiza la cirugía ósea en una zona limitada, en conjunto con un alargamiento de corona, en la misma zona de la boca y en la misma fecha del servicio, se lo considera un procedimiento integral.
13. Se cubre un alargamiento de corona por diente, de por vida.
14. La regeneración guiada de tejidos se cubre solamente cuando se realiza para tratar ciertos tipos específicos de defectos periodontales (*es decir, lesiones de furcación tipo II o defectos infraóseos*). Para que este procedimiento sea elegible, los dientes deben estar presentes. Este procedimiento no se cubre cuando se realiza para obtener cobertura de la raíz, o cuando se realiza junto con (*en la misma fecha o en otra fecha*) extracciones, extirpación de quistes o procedimientos relacionados con la extracción de una porción del diente, como en una apicectomía o hemisección.
15. El raspado periodontal y alisado radicular está indicado para tratar enfermedades periodontales, que generalmente no se presentan en los pacientes más jóvenes. En el caso de pacientes menores de 30 años, la reclamación de raspado periodontal y alisado radicular debe presentarse junto con las radiografías y la ficha periodontal.
16. No se cubre el raspado periodontal y alisado radicular realizado dentro de los 24 meses posteriores a un raspado periodontal y alisado radicular o a procedimientos quirúrgicos periodontales en la misma zona de la boca.
17. Cuando se prestan servicios quirúrgicos periodontales parciales (*D4211, D4241 y D4261*), y el resto de los dientes en el cuadrante que no se trataron quirúrgicamente necesitan raspado y alisado radicular, el beneficio de raspado y alisado radicular para el cuadrante parcial (*D4342*) puede estar disponible para esos dientes si es elegible.
18. En el caso de los beneficiarios con diabetes, se cubren hasta cuatro cuadrantes de raspado y alisado radicular, sin costos compartidos. Estos procedimientos no afectan el máximo anual. Se aplican otras limitaciones de raspado y alisado radicular, incluida la periodicidad de 24 meses. Los beneficiarios deben hablar con sus dentistas para asegurarse de que indique claramente el diagnóstico de diabetes del paciente en el documento de presentación de reclamaciones.
19. Una profilaxis de rutina se considera un servicio integral cuando se realiza en conjunto con un raspado periodontal y alisado radicular, un mantenimiento periodontal, una gingivectomía o gingivoplastia, un procedimiento del colgajo gingival, o una cirugía ósea, o como un proceso de acabado de estos.
20. Se pueden pagar hasta cuatro procedimientos de mantenimiento periodontal, o cualquier combinación de procedimientos de mantenimiento periodontal y servicios de profilaxis de rutina hasta un total de cuatro, dentro de un período de 12 meses consecutivos.

21. El mantenimiento periodontal se cubre generalmente cuando se realiza después de un tratamiento periodontal activo.
22. El mantenimiento periodontal realizado el mismo día que un raspado periodontal y alisado radicular se considera un servicio integral.
23. Una evaluación bucal que se informa además de un mantenimiento periodontal se procesa como un procedimiento separado, sujeto a las políticas y las limitaciones aplicables a las evaluaciones bucales.
24. El pago de procedimientos quirúrgicos periodontales múltiples (*a excepción de los injertos de tejido blando, los injertos óseos y la regeneración guiada de tejidos*) realizados en la misma zona de la boca durante el mismo tratamiento se basa en la tarifa del procedimiento quirúrgico más importante. El procedimiento menor se considera un servicio integral, y su asignación se incluye en la asignación del procedimiento más importante. Cuando se presentan reclamaciones de injertos óseos y regeneraciones guiadas de tejidos para la misma zona, solamente el servicio más integral será elegible para recibir beneficios.
25. No se cubren los procedimientos relacionados con la colocación de un implante (*por ejemplo, remodelado óseo y escisión del tejido gingival*).
26. El procedimiento de revisión quirúrgica (*D4268*) se considera integral al resto de los procedimientos periodontales.
27. El desbridamiento de toda la boca para realizar una evaluación y un diagnóstico exhaustivos (*D4355*) se cubre una vez por cada período de 24 meses consecutivos.
28. El desbridamiento de toda la boca para realizar una evaluación y un diagnóstico exhaustivos que se lleva a cabo el mismo día que un raspado y alisado radicular, un mantenimiento periodontal o una profilaxis de rutina se considera un servicio integral.

Servicios de prostodoncia

Servicios de prostodoncia removable

Códigos de servicios

de prostodoncia removable

Cuadro 6.8

Código	Descripción del servicio
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 (<i>incluye ganchos, soportes y dientes convencionales</i>)
D5212	Prótesis dental parcial maxilar—base de resina (<i>incluye ganchos, soportes y dientes convencionales</i>)
D5213	Prótesis dental parcial maxilar—estructura de metal fundido con bases de prótesis de resina (<i>incluye ganchos, soportes y dientes convencionales</i>)
D5214	Prótesis dental parcial maxilar—estructura de metal fundido con bases de prótesis de resina (<i>incluye ganchos, soportes y dientes convencionales</i>)
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
D5510	Reparación por rotura de base de prótesis dental completa
D5520	Reemplazo de dientes faltantes o rotos—prótesis dental completa (<i>cada diente</i>)
D5610	Reparación de base de prótesis dental de resina
D5620	Reparación de estructura de metal fundido
D5630	Reparación o reemplazo de ganchos por rotura

Códigos de servicios de prostodoncia removible (continuación)

Código	Descripción del servicio
D5640	Reemplazo de dientes por rotura—por diente
D5650	Agregado de un diente a una prótesis dental parcial existente
D5660	Agregado de un gancho a una prótesis dental parcial existente
D5670	Reemplazo de todos los dientes y el acrílico en una estructura de metal fundido (<i>maxilar</i>)
D5671	Reemplazo de todos los dientes y el acrílico en una estructura de metal fundido (<i>maxilar</i>)
D5710	Rebasado de prótesis dental maxilar completa
D5711	Rebasado de prótesis dental mandibular completa
D5720	Rebasado de prótesis dental maxilar parcial
D5721	Rebasado de prótesis dental mandibular parcial
D5730	Revestimiento de prótesis dental maxilar completa (<i>en consultorio</i>)
D5731	Revestimiento de prótesis dental mandibular completa (<i>en consultorio</i>)
D5740	Revestimiento de prótesis dental maxilar parcial (<i>en consultorio</i>)
D5741	Revestimiento de prótesis dental mandibular parcial (<i>en consultorio</i>)
D5750	Revestimiento de prótesis dental maxilar completa (<i>en laboratorio</i>)
D5751	Revestimiento de prótesis dental mandibular completa (<i>en laboratorio</i>)
D5760	Revestimiento de prótesis dental maxilar parcial (<i>en laboratorio</i>)
D5761	Revestimiento de prótesis dental mandibular parcial (<i>en laboratorio</i>)
D5810	Prótesis dental completa provisoria (<i>maxilar</i>)
D5811	Prótesis dental completa provisoria (<i>mandibular</i>)

Códigos de servicios de prostodoncia removible (continuación)

Código	Descripción del servicio
D5820	Prótesis dental parcial provisoria (<i>maxilar</i>)
D5821	Prótesis dental parcial provisoria (<i>mandibular</i>)
D5850	Acondicionamiento de tejido (<i>maxilar</i>)
D5851	Acondicionamiento de tejido (<i>mandibular</i>)

Servicios de prostodoncia fija

Códigos de servicios de prostodoncia fija

Cuadro 6.9

Código	Descripción del servicio
D6210 X	Pónico—metal muy noble fundido (<i>oro</i>)
D6211 X	Pónico—metal predominantemente base fundido (<i>plomo</i>)
D6212 X	Pónico—metal noble fundido
D6214 X	Pónico: titanio
D6240 X	Pónico—porcelana fundida sobre metal muy noble (<i>porcelana sobre oro</i>)
D6241 X	Pónico—porcelana fundida sobre metal predominantemente base
D6242 X	Pónico—porcelana fundida sobre metal noble
D6245 X	Pónico—porcelana o cerámica
D6545 X	Retenedor—metal fundido para prótesis fija unida con resina
D6548 X	Retenedor—porcelana o cerámica para prótesis fija unida con resina
D6600 X	Incrustación—porcelana o cerámica, dos superficies
D6601 X	Incrustación—porcelana o cerámica, tres o más superficies
D6602 X	Incrustación—metal muy noble fundido, dos superficies
D6603 X	Incrustación—metal muy noble fundido, tres o más superficies
D6604 X	Incrustación—metal predominantemente base fundido, dos superficies

**Códigos de servicios
de prostodoncia fija (continuación)**

Código	Descripción del servicio
D6605 X	Incrustación—metal predominantemente base fundido, tres o más superficies
D6606 X	Incrustación—metal noble fundido, dos superficies
D6607 X	Incrustación—metal noble fundido, tres o más superficies
D6624 X	Incrustación—titanio
D6608 X	Recubrimiento cuspídeo—porcelana o cerámica, dos superficies
D6609 X	Recubrimiento cuspídeo—porcelana o cerámica, tres o más superficies
D6610 X	Recubrimiento cuspídeo—metal muy noble fundido, dos superficies
D6611 X	Recubrimiento cuspídeo—metal muy noble fundido, tres o más superficies
D6612 X	Recubrimiento cuspídeo—metal predominantemente base fundido, dos superficies
D6613 X	Recubrimiento cuspídeo—metal predominantemente base fundido, tres o más superficies
D6614 X	Recubrimiento cuspídeo—metal noble fundido, dos superficies
D6615 X	Recubrimiento cuspídeo—metal noble fundido, tres o más superficies
D6634 X	Recubrimiento cuspídeo—titanio
D6740 X	Corona—porcelana o cerámica
D6750 X	Corona—porcelana fundida sobre metal muy noble
D6751 X	Corona—porcelana fundida sobre metal predominantemente base
D6752 X	Corona—porcelana fundida sobre metal noble
D6780 X	Corona—3/4, metal muy noble fundido
D6781 X	Corona—3/4, metal predominantemente base fundido
D6782 X	Corona—3/4, metal noble fundido
D6783 X	Corona—3/4, porcelana o cerámica
D6790 X	Corona—completa, metal muy noble fundido

**Códigos de servicios
de prostodoncia fija (continuación)**

Código	Descripción del servicio
D6791 X	Corona—completa, metal predominantemente base fundido
D6792 X	Corona—completa, metal noble fundido
D6794 X	Corona—titanio
D6930	Recementación de prótesis dental parcial fija
D6970 X	Perno y muñón, además del retenedor de prótesis dental parcial fija, fabricación indirecta
D6972 X	Perno y muñón prefabricados, además del retenedor de prótesis dental parcial fija
D6973 X	Reconstrucción de muñón para retenedor, con clavillos
D6980 R	Reparación de prótesis dental parcial fija, se requiere informe

X = Se requiere radiografía.

R = Se requiere informe.

Beneficios y limitaciones de los servicios de prostodoncia

1. A los efectos de la presentación de informes y la determinación de beneficios, la fecha de terminación para coronas y prótesis dentales parciales fijas es la fecha de cementación. La fecha de terminación para los aparatos de prostodoncia removibles es la fecha de colocación. En el caso de las prótesis dentales inmediatas, sin embargo, el proveedor que fabricó la prótesis puede recibir el reembolso correspondiente después de la colocación, si la prótesis fue colocada por otro proveedor.
2. La tarifa de los moldes de diagnóstico (*modelos de estudio*) fabricados junto con las prótesis y los procedimientos de restauración se incluyen en la tarifa de estos procedimientos. Un dentista de la red no puede cobrarle una tarifa separada al miembro.
3. Las prótesis dentales parciales de metal base fundido removibles para miembros menores de 12 años no se incluyen en la cobertura, a menos que se brinde un fundamento específico que indique la necesidad de dicho tratamiento y que MetLife lo autorice.

4. No se cubren las prótesis dentales maxilares y mandibulares parciales—de base flexible (*D5225, D5226*)—pero se reembolsarán como beneficio alternativo por el costo de una prótesis dental maxilar o mandibular parcial de metal fundido (*D5213, D5214*). El miembro es responsable de pagar la diferencia entre el cargo del dentista por la prótesis dental parcial de base flexible y la asignación para la prótesis dental parcial de metal fundido.
5. El acondicionamiento de tejido se considera parte integral del procedimiento cuando se realiza el mismo día en que se entrega una prótesis dental o se realiza un revestimiento o rebasado.
6. La recementación de una prótesis fija (*D6930*) dentro de los seis meses posteriores a la colocación, realizada por el mismo dentista, se considera parte integral del procedimiento original.
7. Los ajustes efectuados dentro de los seis meses posteriores a la colocación inicial de una prótesis dental o de su reemplazo son parte integral del proceso de colocación de la prótesis.
8. El revestimiento o el rebasado de una prótesis dental, incluidas las prótesis dentales inmediatas, se consideran parte integral del procedimiento cuando se realizan dentro de los seis meses posteriores a la colocación de la prótesis, realizada por el mismo dentista.
9. El revestimiento o el rebasado se cubren una vez en cualquier período de 36 meses.
10. No se cubren las prótesis dentales parciales fijas, las reconstrucciones y los pernos y muñones para miembros menores de 16 años, a menos que se justifique específicamente la necesidad de recibir el tratamiento y que MetLife lo autorice.
11. El pago de una prótesis dental o una sobreprótesis fabricadas con metales preciosos se basa en la asignación para una prótesis dental convencional. Todo costo adicional correrá por cuenta del paciente.
12. No se cubren los procedimientos especializados realizados en conjunto con una sobreprótesis.
13. Las prótesis provisionales están diseñadas para usarse por tiempo limitado; luego, se reemplazan por prótesis más permanentes. Las prótesis dentales completas o parciales provisionales se cubren solamente una vez en un período de 12 meses.
14. Las prótesis dentales parciales removibles unilaterales de metal fundido no son un beneficio cubierto.
15. Los pernos y muñones de fabricación indirecta se procesan como un beneficio alternativo a los pernos y muñones prefabricados. El paciente es responsable de pagar la diferencia entre el cargo del dentista por el perno y el muñón de fabricación indirecta y la asignación por el perno y el muñón prefabricados.
16. Los pernos adicionales (*D6976, D6977*) se consideran integrales al procedimiento de restauración relacionado.
17. No se cubren los aditamentos de precisión, los servicios de personalización, las bases de metales preciosos y otras técnicas especiales.
18. Las prótesis dentales parciales fijas temporales no son un beneficio cubierto, y cuando se realizan en conjunto con las prótesis dentales parciales fijas permanentes, se consideran parte integral de la asignación destinada a las prótesis dentales parciales fijas.
19. El reemplazo de prótesis removibles (*D5110–D5214*), prótesis fijas (*D6210–D6794*), reconstrucciones y pernos y muñones se cubre solamente si las prótesis removibles o fijas, la reconstrucción o el perno y muñón existentes se colocaron, al menos, cinco años antes del reemplazo y se presentan pruebas suficientes de que las prótesis removibles o fijas no pueden repararse. El límite de cinco años para las prótesis removibles o fijas existentes no se aplica si el miembro se traslada debido a un cambio permanente de estación (PCS) a 40 millas, como mínimo, del lugar de servicio original. Se debe demostrar mediante pruebas suficientes que las prótesis removibles o fijas existentes no pueden repararse; además, se debe presentar una copia de las órdenes oficiales de traslado del patrocinador junto con la reclamación. Si

no se puede obtener una copia de las órdenes de traslado, se puede presentar una carta del comandante directo del patrocinador o la documentación de la oficina del personal de los servicios uniformados del patrocinador que confirme el traslado. El límite de cinco años se calcula a partir de la fecha real (*día y mes*) del servicio inicial, en lugar del primer día del mes en el que se recibió el servicio inicial. La excepción de PCS no se aplica si el miembro regresa al proveedor anterior para recibir tratamiento.

20. Las prótesis removibles o fijas comenzadas antes de la fecha de vigencia de la cobertura, o colocadas o cementadas después de la fecha de cancelación de la cobertura, no son elegibles para el pago.
21. El reemplazo de todos los dientes y el acrílico sobre estructura de metal fundido (*D5670, D5671*) se cubre una vez por arco por cada período de cinco años. Si ya se pagó este procedimiento u otra prótesis dental dentro del período de cinco años, no se puede realizar el pago.

Servicios de implantes

Códigos de servicios de implantes Cuadro 6.10

Código	Descripción del servicio
D6010 X	Colocación quirúrgica del cuerpo del implante—implante endóstico
D6050 X	Colocación quirúrgica—implante transóseo
D6053 X	Prótesis dental removible sobre pilar o implante para un arco completamente desdentado
D6054 X	Prótesis dental removible sobre pilar o implante para un arco parcialmente desdentado
D6056 X	Pilar prefabricado—incluye colocación
D6057 X	Pilar a medida—incluye colocación
D6058 X	Corona de porcelana o cerámica sobre pilar
D6059 X	Corona de porcelana fundida sobre metal (<i>metal muy noble</i>) sobre pilar
D6060 X	Corona de porcelana fundida sobre metal (<i>metal predominantemente base</i>) sobre pilar

Códigos de servicios de implantes (continuación)

Código	Descripción del servicio
D6061 X	Corona de porcelana fundida sobre metal (<i>metal muy noble</i>) sobre pilar
D6062 X	Corona de metal fundido (<i>metal muy noble</i>) sobre pilar
D6063 X	Corona de metal fundido (<i>metal predominantemente base</i>) sobre pilar
D6064 X	Corona de metal fundido (<i>metal noble</i>) sobre pilar
D6065 X	Corona de porcelana o cerámica sobre implante
D6066 X	Corona de porcelana fundida sobre metal (<i>titanio, aleación de titanio, metal muy noble</i>) sobre implante
D6067 X	Corona de metal (<i>titanio, aleación de titanio, metal muy noble</i>) sobre implante
D6068 X	Retenedor sobre pilar para prótesis dental parcial o completa (FPD) de porcelana o cerámica
D6069 X	Retenedor sobre pilar para FPD de porcelana fundida sobre metal (<i>metal muy noble</i>)
D6070 X	Retenedor sobre pilar para FPD de porcelana fundida sobre metal (<i>metal predominantemente base</i>)
D6071 X	Retenedor sobre pilar para FPD de porcelana fundida sobre metal (<i>metal muy noble</i>)
D6072 X	Retenedor sobre pilar para FPD de metal fundido (<i>metal muy noble</i>)
D6073 X	Retenedor sobre pilar para FPD de metal fundido (<i>metal predominantemente base</i>)
D6074 X	Retenedor sobre pilar para FPD de metal fundido (<i>metal muy noble</i>)
D6075 X	Retenedor sobre implante para FPD de cerámica
D6076 X	Retenedor sobre implante para FPD de porcelana fundida sobre metal (<i>titanio, aleación de titanio o metal muy noble</i>)
D6077 X	Retenedor sobre implante para FPD de metal fundido (<i>titanio, aleación de titanio o metal muy noble</i>)
D6078 X	Prótesis dental fija sobre pilar o implante para un arco completamente desdentado

Códigos de servicios de implantes (continuación)

Código	Descripción del servicio
D6079 X	Prótesis dental fija sobre pilar o implante para un arco parcialmente desdentado
D6090 R	Reparación de prótesis sobre implante, se requiere informe
D6092	Recementación de corona sobre pilar o implante
D6093	Recementación de prótesis dental parcial fija sobre pilar o implante
D6094 X	Corona sobre pilar—titanio
D6095 R	Reparación de un pilar de implante, se requiere informe
D6194 X	Corona de retención sobre pilar para FPD—titanio
<i>X = Se requiere radiografía. R = Se requiere informe.</i>	

Beneficios y limitaciones de los servicios de implantes

- Los servicios de implantes están sujetos a un 50 por ciento de costos compartidos y al máximo anual del programa.
- Los servicios de implantes no son elegibles para miembros menores de 14 años, a menos que la reclamación se presente junto con una radiografía y que MetLife lo autorice.
- Los implantes dentales (*cuatro en total, como máximo, por arco*) se cubren para los pacientes desdentados que los necesiten debido a una atrofia grave del reborde alveolar, cuando una prótesis dental convencional no cumpliría con los estándares de atención.
- El reemplazo de implantes se cubre solamente si el implante existente se colocó, al menos, cinco años antes del reemplazo y no dio resultado.
- El reemplazo de prótesis sobre implantes se cubre solamente si la prótesis existente se colocó, al menos cinco, años antes del reemplazo y se presentan pruebas suficientes que demuestren que no está reparada ni se puede reparar.
- La reparación de una prótesis sobre implante (*D6090*) y la reparación de pilar de implante (*D6095*) se pagan solamente si se presenta un informe para que MetLife lo revise. En el

informe, se debe describir el problema y la forma en que se reparó.

- La recementación de una corona sobre pilar o implante (*D6092*) se cubre una vez cada seis meses. Si la recementación la realiza el mismo dentista dentro de los 12 meses posteriores a la colocación, se la considera integral.
- La recementación de una prótesis dental parcial fija sobre pilar o implante (*D6093*) realizada por el mismo dentista dentro de los seis meses posteriores a la colocación se considera parte integral del procedimiento.

Servicios de cirugía bucal y maxilofacial

Códigos de servicios de cirugía bucal y maxilofacial Cuadro 6.11

Código	Descripción del servicio
D7111	Extracción, restos de corona—diente temporal
D7140	Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta (<i>elevación o retiro con pinzas</i>)
D7210	Extracción quirúrgica del diente erupcionado que requiere extraer el hueso o seccionar el diente; incluye la elevación del colgajo mucoperióstico, si corresponde
D7220	Extracción de un diente retenido—tejido blando
D7230	Extracción de un diente retenido—parcialmente ósea
D7240	Extracción de un diente retenido—completamente ósea
D7250	Extracción quirúrgica de raíces dentales residuales (<i>procedimiento de corte</i>)
D7251	Coronectomía—extracción dentaria parcial intencional
D7260	Cierre de fístula oroantral
D7261	Cierre principal de una perforación del seno maxilar
D7270	Reimplante dental o estabilización de un diente desplazado o a causa de una avulsión dental
D7280	Acceso quirúrgico a un diente no erupcionado

**Códigos de servicios
de cirugía bucal y maxilofacial (continuación)**

Código	Descripción del servicio
D7283	Colocación de dispositivo para facilitar la erupción de un diente retenido
D7285	Biopsia de tejido bucal—duro (<i>hueso, diente</i>)
D7286	Biopsia de tejido bucal—blando (<i>todos los demás</i>)
D7290	Cirugía de movimiento dental
D7291 R	Fibrotomía transeptal o fibrotomía supracrestal, se requiere informe
D7310	Alveoplastia junto con extracciones—cuatro o más dientes o espacios dentales por cuadrante
D7320	Alveoplastia que no sea junto con extracciones—cuatro o más dientes o espacios dentales por cuadrante
D7321	Alveoplastia que no sea junto con extracciones—de uno a tres dientes o espacios dentales por cuadrante
D7471	Extracción de exostosis lateral—maxilar o mandíbula
D7472	Extracción de torus palatino
D7473	Extracción de torus mandibular
D7485	Reducción quirúrgica de tuberosidad ósea
D7510	Incisión y drenaje de absceso—tejido blando intrabucal
D7511 R	Incisión y drenaje de absceso—tejido blando intrabucal complicado (incluye drenaje de varios espacios fasciales)
D7910	Sutura de heridas pequeñas recientes—de hasta 5 cm
D7911	Sutura complicada—de hasta 5 cm
D7912 R	Sutura complicada—de más de 5 cm
D7953	Injertos óseos realizados para conservar el reborde alveolar (<i>injertos óseos alveolares</i>)
D7960	Procedimiento de frenilectomía (<i>también llamada frenectomía o frenotomía</i>) separado, no secundario a otro procedimiento

**Códigos de servicios
de cirugía bucal y maxilofacial (continuación)**

Código	Descripción del servicio
D7971	Escisión de la encía pericoronar
D7972	Reducción quirúrgica de tuberosidad fibrosa
<i>R = Se requiere informe.</i>	

Beneficios y limitaciones de los servicios de cirugía bucal y maxilofacial

1. Las fibrotomías se cubren solamente para los primeros premolares permanentes y los anteriores permanentes.
2. La incisión y el drenaje simples informados con el tratamiento de conducto se consideran parte integral del tratamiento de conducto.
3. La extracción quirúrgica de un diente erupcionado (*D7210*) incluye el corte relacionado de encía y hueso, la extracción de la estructura dental, el alisado menor del hueso alveolar y el cierre.
4. La extracción dental parcial intencional se realiza cuando la extracción de todo el diente retenido podría dar lugar a una complicación neurovascular. La coronectomía (*D7251*) se cubre al mismo nivel de beneficio que otras extracciones quirúrgicas, si es elegible.
5. La incisión y el drenaje de tejido blando intrabucal se cubren solamente si se proporcionan como tratamiento definitivo de un absceso. La atención de seguimiento de rutina se considera parte integral del procedimiento.
6. Las biopsias son un beneficio elegible cuando el tejido se extirpa quirúrgicamente con el objetivo específico de realizar el examen histopatológico y el diagnóstico.
7. Cuando las biopsias se realizan junto con otros procedimientos quirúrgicos el mismo día y en la misma zona de la boca, se consideran parte integral de dichos procedimientos.

8. Los cargos por los servicios relacionados, como el uso de cables y tablillas necesarios, los ajustes y las visitas de seguimiento, se consideran parte integral de la tarifa del reimplante o la estabilización.
9. La atención posoperatoria de rutina, como la retirada de puntos de sutura, se incluye en la tarifa de la cirugía.
10. No se cubre la extracción de terceros molares retenidos en pacientes menores de 15 años y mayores de 30 años, a menos que se presente documentación específica donde se indique la necesidad de la extracción y que MetLife lo autorice.
11. Las alveoloplastias realizadas en conjunto con extracciones que afectan a menos de cuatro dientes no se cubren como procedimiento separado. Un dentista de la red no puede cobrarle una tarifa al paciente.
12. Los injertos óseos realizados para preservar el reborde (D7953) se cubren cuando son elegibles y necesarios en relación con la colocación de un implante dental, y se cubren al mismo nivel de beneficio que los implantes dentales.
13. Una frenilectomía (D7960) se considera parte integral de una cirugía periodontal o frenuloplastia si las realiza el mismo dentista en el mismo día. La frenilectomía es la extirpación o eliminación quirúrgica de elementos musculares y de la mucosa de un frenillo bucal, labial o lingual relacionado con una patología o que interfiere con el tratamiento o el desarrollo bucal adecuado.
14. Una frenilectomía (D7963) se considera parte integral de una cirugía periodontal o frenuloplastia si las realiza el mismo dentista en el mismo día.

Servicios de ortodoncia

El TDP ofrece una cobertura integral de ortodoncia. Consulte la sección 7 de este manual para obtener una descripción completa de los beneficios cubiertos y conocer cómo puede recibir atención de ortodoncia en las áreas de servicio CONUS y OCONUS.



Servicios generales

A fin de ser elegibles para la cobertura, los servicios enumerados en los cuadros 6.12 a 6.19 deben estar directamente relacionados con los servicios cubiertos ya enumerados.

Códigos de servicios de emergencia Cuadro 6.12

Código	Descripción del servicio
D9110	Tratamiento paliativo (<i>de emergencia</i>) del dolor dental—procedimiento menor

Códigos de servicios de anestesia general Cuadro 6.13

Código	Descripción del servicio
D9220 R	Sedación profunda o anestesia general—primeros 30 minutos
D9221 R	Sedación profunda o anestesia general—cada 15 minutos adicionales

R = Se requiere informe.

Códigos de servicios de sedación intravenosa

Cuadro 6.14

Código	Descripción del servicio
D9241 R	Analgesia o sedación consciente intravenosa—primeros 30 minutos
D9242 R	Analgesia o sedación consciente intravenosa—cada 15 minutos adicionales

R = Se requiere informe.

Códigos de servicios de consulta

Cuadro 6.15

Código	Descripción del servicio
D9310	Consulta—servicio de diagnóstico proporcionado por un dentista o un médico que no son el dentista o el médico solicitantes

Códigos de servicios de visita al consultorio

Cuadro 6.16

Código	Descripción del servicio
D9440	Visita al consultorio—después del horario de atención habitual

Códigos de servicios de medicamentos

Cuadro 6.17

Código	Descripción del servicio
D9610 R	Fármaco terapéutico administrado por vía parenteral—administración única
D9612 R	Fármacos terapéuticos administrados por vía parenteral—dos o más administraciones, diferentes medicamentos

R = Se requiere informe.

Códigos de servicios posquirúrgicos

Cuadro 6.18

Código	Descripción del servicio
D9930 R	Tratamiento de complicaciones (<i>posquirúrgicas</i>), circunstancias inusuales, se requiere informe

R = Se requiere informe.

Códigos de servicios varios

Cuadro 6.19

Código	Descripción del servicio
D9940 R	Guarda oclusal, se requiere informe
D9941	Fabricación de protector bucal deportivo
D9974 X	Blanqueamiento interno—por diente

*X = Se requiere radiografía.
R = Se requiere informe.*

Beneficios y limitaciones de los servicios generales

1. La sedación profunda o anestesia general y la sedación consciente intravenosa se cubren (*con presentación de informe*) solamente cuando son administradas en relación con procedimientos cubiertos por un dentista u otro proveedor profesional autorizado y con licencia para administrar anestesia en el estado en el que se presta el servicio.
2. La sedación profunda o anestesia general y la sedación consciente intravenosa se cubren (*con presentación de informe*) solamente cuando se determina que son necesarios por razones médicas o dentales para pacientes discapacitados o que no pueden controlarse o para afecciones médicas o dentales que lo justifiquen.
3. Para que se cubran la sedación profunda o anestesia general y la sedación consciente intravenosa, se debe indicar el procedimiento para el cual se administran.
4. Las reclamaciones por sedación profunda o anestesia general y sedación consciente intravenosa que se presentan sin un informe se deniegan como beneficios no cubiertos.
5. El tratamiento paliativo (*de emergencia*) se cubre solamente si no se realiza un tratamiento definitivo.

6. Tratamiento paliativo (*de emergencia*) es un código “por visita” y se paga una vez por proveedor y por fecha de servicio.
7. Para que se cubra el tratamiento paliativo (*de emergencia*), debe estar relacionado con un problema o síntoma que se presentó de manera repentina e inesperada, que requiere atención inmediata y para el cual el dentista debe administrar el tratamiento a fin de aliviar el problema del miembro. Si el único servicio prestado consiste en evaluar al paciente y derivarlo a otro dentista o recetarle un medicamento, se lo considera una evaluación bucal limitada—enfocada en el problema.
8. Las consultas (*D9310*) realizadas como servicios de diagnóstico por dentistas o médicos que no son el dentista o médico que las solicita son un servicio cubierto. Se limitan a una por paciente por dentista en cada período de 12 meses, combinadas con las evaluaciones enfocadas en el problema (*D0140*)—solamente uno de estos servicios es elegible en un período de 12 meses.
9. El código de consultas (*D9310*) incluye una evaluación bucal. Toda evaluación bucal realizada en la misma fecha y en el mismo consultorio se considera parte integral de la consulta.
10. No se cubren las consultas informadas para una afección no cubierta, por ejemplo, una TMD.
11. Las visitas fuera del horario de atención se cubren solamente cuando el dentista debe regresar al consultorio después del horario de atención habitual para tratar al paciente en una situación de emergencia.
12. Las administraciones de fármacos terapéuticos se pagan únicamente en circunstancias inusuales, lo cual debe documentarse a través de un informe. No constituyen beneficios si se realizan de rutina o como medios de administración de anestesia general, analgesia, sedación o medicación previa, o en conjunto con dichos servicios.
13. Los códigos de administración de fármacos terapéuticos (*D9610* y *D9612*) no deben utilizarse para informar sedantes, anestésicos o antídotos.
14. El código de administración de fármacos terapéuticos (*D9612*) no debe informarse como adicional del código (*D9610*). Debe informarse cuando se administran dos o más fármacos diferentes.
15. No se cubren las preparaciones que pueden usarse en el hogar, por ejemplo, geles de flúor o enjuagues bucales especiales (*incluidos los antimicrobianos*).
16. Se cubren las guardas oclusales, con presentación de informe, para pacientes de 13 años o mayores en los casos en que el protector oclusal servirá para tratar el bruxismo (*rechinar los dientes*) o diagnosticar afecciones que no sean TMD. Las guardas oclusales se limitan a una por cada período de 12 meses consecutivos.
17. Los protectores bucales deportivos se limitan a uno por cada período de 12 meses consecutivos.
18. Se cubre el blanqueamiento interno de dientes pigmentados (*D9974*), con presentación de informe, para los dientes anteriores tratados con endodoncia. Si no se ha presentado a MetLife el tratamiento de endodoncia para que se realice el pago, se requiere una radiografía de endodoncia posoperatoria.
19. El blanqueamiento interno de dientes pigmentados (*D9974*) se cubre una vez por diente cada tres años. No se cubre el blanqueamiento externo de dientes pigmentados.



Métodos de tratamiento alternativos u opcionales

En los casos en que el dentista y el paciente elijan un servicio, procedimiento o tratamiento más costoso, se puede destinar una asignación para un tratamiento alternativo como parte de pago del costo del tratamiento que se realiza realmente. A fin de ser elegible para el pago conforme a esta disposición, el tratamiento debe administrarse conforme a estándares profesionales sólidos de práctica dental, y el procedimiento alternativo para el cual se paga la asignación debe tratarse de una alternativa generalmente aceptada al procedimiento que se realiza.

Cuando existan métodos alternativos de tratamiento, se autorizará el pago del tratamiento menos costoso que sea profesionalmente aceptado.

La determinación de que un tratamiento alternativo es un tratamiento aceptable no implica una recomendación sobre el tratamiento se debe realizar. El dentista y el paciente deben seleccionar el tratamiento. Si el dentista y el paciente decidan realizar el tratamiento más costoso, el paciente deberá pagar la diferencia entre la tarifa del dentista por el tratamiento más costoso y el pago por el servicio alternativo.

Nota: Esta disposición se aplica solamente cuando el servicio que se realiza realmente estaría cubierto. Si el servicio que se realiza no está cubierto, no se autorizará el pago de un beneficio alternativo.

Servicios no cubiertos

A menos que se indique específicamente, los siguientes servicios, suministros o cargos **no** están cubiertos:

1. Los servicios o tratamientos dentales que no se enumeran específicamente como servicios cubiertos.
2. Aquellos que no son recetados por un dentista o no son supervisados directamente por un dentista, salvo en los estados donde los higienistas dentales están autorizados a ejercer sin la supervisión de un dentista. En esos estados, MetLife paga los servicios cubiertos elegibles prestados por un higienista dental autorizado que ejerce dentro del ámbito de su licencia y de conformidad con las leyes estatales vigentes.
3. Aquellos que presenta un dentista y que son para los mismos servicios realizados en la misma fecha y para el mismo miembro por otro dentista.
4. Aquellos que son experimentales o están en la etapa de investigación (*considerados sin eficacia demostrada*).
5. Aquellos que son para tratar una enfermedad o lesión corporal que se produce durante el horario de trabajo si se dispone de beneficios o compensación, en su totalidad o en parte, de conformidad con las disposiciones de cualquier legislación de cualquier unidad gubernamental. Esta exclusión se aplica independientemente de si el beneficiario reclama los beneficios o la compensación o no.
6. Aquellos que se recuperan posteriormente a través de una demanda, o en una conciliación o un acuerdo de una reclamación, excepto en los casos en que lo prohíba la ley.
7. Aquellos que son proporcionados sin cargo por una unidad gubernamental, excepto en los casos en que lo prohíba la ley.
8. Aquellos por los cuales el paciente no tendría obligación de pagar en ausencia de esta cobertura o de una cobertura similar.

9. Aquellos recibidos a través de un departamento médico o dental mantenidos por cuenta o en nombre de un empleador, una asociación de beneficio mutuo, un sindicato, un fideicomiso, o una persona o un grupo similar.
10. Aquellos realizados con anterioridad a la fecha de vigencia de la cobertura del paciente.
11. Aquellos realizados después de la fecha de cancelación de la cobertura del paciente, a menos que se indique lo contrario.
12. Aquellos que no son necesarios por razones médicas o dentales, o que no son recomendados o aprobados por el dentista que atiende al paciente. **Nota:** Un dentista de la red no debe facturar al paciente por servicios que no se consideran necesarios o que no cumplen los estándares aceptados de la práctica dental, a menos que notifique al paciente de su responsabilidad antes del tratamiento y el paciente decida recibirlo. Los dentistas de la red deben documentar dicha notificación en sus registros.
13. Aquellos que no cumplen los estándares aceptados de la práctica dental.
14. Aquellos que corresponden a procedimientos y técnicas inusuales.
15. Aquellos realizados por un dentista que recibe compensación de un establecimiento por servicios cubiertos similares realizados para los beneficiarios.
16. Aquellos que surjan del incumplimiento por parte del paciente del tratamiento recetado por un profesional.
17. Las consultas telefónicas.
18. Todos los cargos incurridos por no presentarse a una cita programada.
19. Todos los servicios que sean de naturaleza exclusivamente estética, incluidos, entre otros, los cargos por personalización de las prótesis.
20. Los servicios, aparatos y dispositivos temporales y duplicados.
21. Los servicios relacionados con el diagnóstico y el tratamiento de la TMD.
22. Los programas de control de placa, las indicaciones para la higiene bucal y las indicaciones alimenticias.
23. Los servicios destinados a modificar la dimensión vertical o a restaurar o mantener la oclusión. Tales procedimientos incluyen, entre otros, la equilibración, la ferulización periodontal, la rehabilitación de toda la boca y la restauración por desalineación de los dientes.
24. Las restauraciones con fines exclusivamente estéticos.
25. Las restauraciones con láminas de oro.
26. El tratamiento o los servicios por lesiones debidas al mantenimiento o al uso de un automotor, si dicho tratamiento o servicio es pagado o pagadero conforme a un plan o a una póliza de un seguro de automotor, incluido un plan de autoseguro certificado.
27. Los costos hospitalarios o los montos adicionales que el dentista o el hospital cobran por un tratamiento administrado en el hospital (*paciente internado o ambulatorio*).
28. Los servicios dentales complementarios, según lo definen las normas federales vigentes.
29. Los cargos por fotocopias de registros, fichas o radiografías de los miembros, al igual que los costos relacionados con el envío postal de tales fotocopias.
30. El óxido nitroso.
31. La sedación oral.
32. Los impuestos estatales o territoriales sobre los servicios dentales prestados.

Servicios complementarios

La atención dental complementaria se refiere a la atención dental con las siguientes características:

- Es necesaria por razones médicas para el tratamiento de una afección (*no dental*) que, de lo contrario, estaría cubierta
- Es parte integral del tratamiento de dicha afección médica
- Es esencial para el control de la afección médica principal
- Se requiere como preparación para un traumatismo dental, o como consecuencia de dicho traumatismo, el cual puede ser un tratamiento necesario por razones médicas de una lesión o enfermedad, o el resultado de dicho tratamiento (*iatrogénica*)

El TDP no cubre servicios que constituyen atención dental complementaria. Comuníquese con su proveedor (*médico*) regional de TRICARE para obtener detalles de la cobertura. Estos son servicios médicos que pueden estar cubiertos por el beneficio médico de TRICARE, incluso cuando son proporcionados por un dentista general o un cirujano bucal y maxilofacial, como los siguientes diagnósticos o afecciones:

1. El tratamiento para el alivio del síndrome de disfunción por dolor miofascial o la TMD.
2. El tratamiento de ortodoncia en pacientes con labio leporino o paladar hendido, o cuando sea necesario para la preparación de un traumatismo en los dientes y sus estructuras de apoyo a causa de un tratamiento necesario por razones médicas de una lesión o enfermedad, o como consecuencia de dicho traumatismo.
3. Los procedimientos relacionados con la atención dental preventiva y de restauración, cuando están asociados con radioterapia de la cabeza o el cuello, a menos que se cubran como procedimientos preventivos de rutina conforme a este plan.
4. La anquiloglosia total o completa.
5. Los abscesos intrabucuales que se extienden más allá del alveolo dental.
6. Los abscesos extrabucuales.
7. La celulitis y la osteítis que se están agravando claramente y afectan de manera directa una afección médica en tratamiento.
8. La extracción de dientes y fragmentos dentales a fin de tratar y reparar un traumatismo facial que se produjo como consecuencia de una lesión accidental.
9. El reemplazo de la prótesis maxilar o mandibular debido a una reducción de tejidos corporales asociada con una lesión traumática (*como una herida por arma de fuego*), además de los servicios relacionados con el tratamiento de neoplasmas o traumatismo dental iatrogénico.

Anestesia dental y beneficio institucional

Los servicios institucionales y de anestesia general que son necesarios por razones médicas pueden estar cubiertos junto con el tratamiento dental para los servicios uniformados no complementario o no cubierto para pacientes con discapacidades mentales, físicas o de desarrollo, o para pacientes pediátricos hasta los 5 años de edad. Este beneficio de anestesia general está cubierto por el plan médico TRICARE, no por el TDP. Debido a que se requiere una autorización previa, los pacientes deben comunicarse con el proveedor regional de TRICARE para recibir instrucciones específicas. Encontrará información en www.tricare.mil.

Servicios de ortodoncia

El Programa Dental TRICARE (TDP) cubre servicios de ortodoncia. En esta sección, se destacan los requisitos de elegibilidad, los servicios cubiertos, los máximos y la forma en que se puede obtener la atención.

Elegibilidad

El tratamiento de ortodoncia se encuentra disponible para familiares (*excepto cónyuges*) hasta la edad de 21 años exclusive. Si el familiar está inscrito en una universidad acreditada como estudiante de tiempo completo, es elegible hasta los 23 años exclusive. El tratamiento de ortodoncia también se encuentra disponible para cónyuges y patrocinadores de la Guardia Nacional y la Reserva hasta la edad de 23 años exclusive. En todos los casos, la cobertura tiene vigencia hasta el último día del mes en el que el inscrito alcanza el límite de edad correspondiente.

Nota: Los patrocinadores de la Guardia Nacional y la Reserva deben verificar con sus comandantes de unidad que se cumplan las políticas de servicio antes de recibir un tratamiento de ortodoncia. La presencia de aparatos de ortodoncia puede afectar la preparación dental para presentarse a servicio y la elegibilidad para participar en ciertas misiones, y es posible que se necesite desactivar o quitar los aparatos de ortodoncia, gasto que correrá por cuenta del patrocinador.

Servicios cubiertos

Códigos de servicios de moldes de diagnóstico

Cuadro 7.1

Código	Descripción del servicio
D0470	Moldes de diagnóstico

Nota: Los moldes de diagnóstico se pagan al 50 por ciento de la asignación de MetLife, una vez por cada plan de tratamiento de ortodoncia, cuando se proporcionan con procedimientos de ortodoncia cubiertos. El pago de los moldes de diagnóstico se aplica al máximo anual. En el caso de los miembros con patrocinio del comando que se encuentran en el área de servicio OCONUS, este servicio no tiene costos compartidos.

Códigos de servicios cubiertos

Cuadro 7.2

Código	Descripción del servicio
D8010	Tratamiento de ortodoncia limitado en dentición de leche
D8020	Tratamiento de ortodoncia limitado en dentición de transición
D8030	Tratamiento de ortodoncia limitado en dentición adolescente
D8040	Tratamiento de ortodoncia limitado en dentición adulta
D8050	Tratamiento de ortodoncia interceptiva en dentición de leche
D8060	Tratamiento de ortodoncia interceptiva en dentición de transición
D8070	Tratamiento de ortodoncia integral en dentición de transición
D8080	Tratamiento de ortodoncia integral en dentición adolescente
D8090	Tratamiento de ortodoncia integral en dentición adulta
D8210	Tratamiento con aparato removible
D8220	Tratamiento con aparato fijo
D8670	Visita periódica por tratamiento de ortodoncia (<i>como parte de un contrato</i>)
D8680	Retención de ortodoncia (<i>retiro de los aparatos, construcción y colocación de retenedores</i>)
D8690 R	Tratamiento de ortodoncia (<i>facturación alternativa a una tarifa por contrato</i>)

R = Se requiere informe.

Beneficios y limitaciones de los servicios de ortodoncia

1. El pago por los servicios de diagnóstico que se realizan junto con el tratamiento de ortodoncia se aplica al máximo anual del paciente, excepto según se indica en la nota de pie de página del cuadro 6.1, que aparece en la sección 6 de este manual.
2. Las consultas por ortodoncia se procesan como evaluaciones integrales o periódicas y están sujetas a los mismos límites de tiempo. Consulte "Servicios de diagnóstico" en la sección 6 de este manual.

3. El tratamiento de ortodoncia está disponible para familiares inscritos (*excepto cónyuges*) que tengan menos de 21 años, (*o de 23 años si están inscritos en un plan de estudios de tiempo completo en una institución de educación superior acreditada y si el patrocinador les proporciona más del 50 por ciento del apoyo financiero*).
4. El tratamiento de ortodoncia se encuentra disponible para cónyuges y patrocinadores de la Guardia Nacional y la Reserva que tengan hasta 23 años de edad exclusiva. La cobertura tiene vigencia hasta el último día del mes en el que el inscrito alcanza el límite de edad correspondiente.
5. El pago inicial de los servicios de ortodoncia no se efectuará hasta que se haya presentado a MetLife una fecha de fijación de bandas.
6. Todos los procedimientos de retención y finalización del caso están incluidos en la tarifa total del caso.
7. Las observaciones y los ajustes están incluidos en el pago de los aparatos de retención.
8. No se cubre la reparación de aparatos de ortodoncia dañados.
9. No se cubre la recementación de un aparato de ortodoncia efectuada por el mismo dentista que lo colocó o que es responsable del tratamiento en curso del paciente. No obstante, se puede considerar el pago de la recementación realizada por otro dentista como tratamiento paliativo de emergencia.
10. La readhesión o la reparación de un retenedor fijo (*D8693*) no es un beneficio cubierto.
11. El reemplazo de un aparato perdido o faltante no es un beneficio cubierto.
12. La terapia miofuncional se considera como parte integral del tratamiento de ortodoncia y no es pagadera como beneficio separado.
13. El tratamiento de ortodoncia (*facturación alternativa a una tarifa por contrato*) se revisa para su consideración individual, y toda asignación se aplica al máximo de por vida para ortodoncia (OLM). Es pagadero solamente para los servicios prestados por un dentista que no es el mismo que realizó el tratamiento de ortodoncia completo.
14. Las visitas periódicas por tratamiento de ortodoncia (*como parte del contrato*) se consideran parte integral de un plan de tratamiento de ortodoncia completo y no se reembolsan como servicio separado. MetLife utiliza el código correspondiente según el tratamiento para realizar pagos periódicos como parte del pago del plan de tratamiento completo.
15. Es responsabilidad del dentista y del miembro notificar a MetLife si se interrumpe el tratamiento de ortodoncia, o si finaliza antes de lo previsto.

Máximo de por vida para ortodoncia

Cada pago por ortodoncia es condicional y depende del saldo restante del OLM del paciente. Si se alcanza el OLM del paciente antes de que se termine el programa de pagos, se interrumpe los pagos posteriores. El pago por los servicios de diagnóstico que se realizan junto con el tratamiento de ortodoncia se aplica al máximo anual de \$1,300 del paciente. El beneficio máximo de por vida para servicios de ortodoncia conforme al TDP es de \$1,750 por miembro.

Tratamiento de ortodoncia en el área de servicio CONUS

Costos compartidos de los tratamientos de ortodoncia (CONUS)

Los servicios de ortodoncia enumerados como procedimientos cubiertos son pagaderos al 50 por ciento de la tarifa permitida o el monto restante de MetLife del beneficio máximo agregado para el tratamiento de ortodoncia (*para todos los períodos de gastos dentales*), el que sea menor, sujeto a un pago máximo de por vida por miembro de \$1,750. El OLM que está en vigencia cuando comienza el tratamiento de ortodoncia es el OLM vigente durante todo el tratamiento. No obstante, en el caso de los beneficiarios que habían acumulado previamente todo o parte del máximo de por vida para servicios de ortodoncia de \$1,500 que corresponde según el contrato anterior, se ofrece cobertura adicional para servicios de ortodoncia hasta un total acumulado de \$1,750. El beneficiario debe encontrarse en tratamiento de ortodoncia activo para recibir el beneficio adicional. El paciente es responsable del 50 por ciento de los costos compartidos fijos hasta que se agote el beneficio o se alcance el OLM. Cuando se alcanza el OLM, el paciente es responsable de pagar el monto restante de la tarifa (*ya sea la asignación de MetLife para un dentista participante o el monto facturado en el caso de un dentista que no pertenece a la red*).

Pagos de tratamientos de ortodoncia (CONUS)

Los pagos por el avance del tratamiento de ortodoncia dependen de la longitud del tratamiento previsto por el dentista hasta alcanzar el OLM de \$1,750. Se debe presentar una estimación previa al tratamiento (*determinación previa*) antes del inicio del tratamiento de ortodoncia, a fin de que el miembro y el dentista conozcan los montos de la cobertura y el programa de pagos. Se debe presentar una reclamación inmediatamente después de la fecha de fijación de bandas,—no al final del tratamiento de ortodoncia. El programa de pagos se determina de la siguiente forma:

- Al momento de la fijación inicial de bandas, se emite un pago del 25 por ciento del monto total a pagar conforme al programa.



- El 75 por ciento restante del monto a pagar se abona en cuotas trimestrales, según la longitud estimada del tratamiento, de manera tal que no supere el OLM.
- Si el tratamiento dura seis meses o menos, MetLife realiza un pago único. Si el tratamiento dura más de seis meses, pero MetLife es responsable de pagar \$500 o menos, se realiza un pago único. Si el tratamiento dura más de seis meses y cuesta más de \$500, los pagos se realizan trimestralmente.
- El paciente debe estar inscrito en el TDP durante cada uno de los meses en los que se realizan los pagos.
- Los pagos trimestrales se calculan y se procesan automáticamente al final del período de tres meses.

Ejemplo de pagos de tratamientos de ortodoncia (CONUS)

Los ortodoncistas deben presentar un plan de tratamiento de ortodoncia. Este plan debe incluir el tipo y la duración del tratamiento y el costo total. MetLife enviará una notificación con el programa de pagos del plan del tratamiento al dentista y al paciente. Si no se indica la duración del tratamiento, MetLife determinará la duración según el costo informado. Si, durante el transcurso del tratamiento, se produce algún cambio en el plan de tratamiento recetado del paciente que pudiera implicar un cambio en el programa de pagos, el ortodoncista debe notificar a MetLife. MetLife enviará por correo un nuevo programa de pagos al dentista y al paciente.

Cálculos de pagos para un tratamiento elegible (CONUS)

El siguiente ejemplo solamente pretende demostrar cómo se calculan los pagos; las tarifas reales, la duración del tratamiento y los pagos varían.

Ejemplo: Un dentista (*ortodoncista*) del PDP cobra una tarifa permitida de \$4,000. El tratamiento dura 24 meses y no se utilizó el OLM anteriormente. El pago del tratamiento de ortodoncia se calculará de la siguiente manera:

Pago de MetLife = \$1,750	$\$4,000 \times 50\%$ de costos compartidos = \$2,000 (<i>sujetos a un OLM de \$1,750</i>)
Gastos en efectivo del beneficiario = \$2,250	$\$4,000 \times 50\%$ de costos compartidos = \$2,000 + \$250 (<i>monto restante después de aplicar el OLM</i>)
Las cuotas de MetLife al dentista se realizarán de la siguiente forma:	
Pago al momento de la fijación inicial de bandas	$\$1,750 \times 25\% = \437.50
8 cuotas trimestrales de \$164 cada una	$\$1,312.50 \div 8 = \164.06

Tratamiento de ortodoncia en el área de servicio OCONUS

Tenga en cuenta que, en las ubicaciones OCONUS, el dentista puede solicitar a los patrocinadores y familiares que paguen los servicios cubiertos antes de recibirlos. Si un miembro recibe atención de un Dentista Preferido de TRICARE OCONUS (TOPD), ese pago debe limitarse a los costos compartidos que corresponden al miembro.

Servicios de ortodoncia en el área de servicio OCONUS

En el caso de los servicios de ortodoncia, los beneficiarios que se encuentran en áreas de servicio OCONUS deben tener un *Formulario de derivación por falta de disponibilidad (NARF)* emitido por la Oficina de Área de TRICARE (TAO), el centro de tratamiento dental de los

servicios uniformados en el extranjero (ODTF) o los puntos de contacto (POC) designados de OCONUS. Cualquier ortodoncista autorizado y con licencia puede realizar tratamientos de ortodoncia. Para su comodidad, el TDP tiene una lista de TOPD que está disponible en <https://mybenefits.metlife.com/tricare>.

Costos compartidos de los tratamientos de ortodoncia (OCONUS)

En el caso de los servicios de ortodoncia recibidos por miembros con patrocinio del comando, las reclamaciones se pagan de la siguiente forma:

- El miembro paga los costos compartidos según el cargo real del dentista o la tarifa permitida de MetLife, el monto que sea menor.
- MetLife paga los cargos facturados restantes correspondientes, pero en el caso de los miembros con patrocinio del comando, el gobierno reembolsa a MetLife los cargos facturados que exceden la tarifa permitida.

Aunque la cobertura en el área de servicio OCONUS se encuentra disponible para los familiares de los miembros de Reserva Selecta y la Reserva Individual Preparada (IRR) y para los miembros de la IRR (*otra categoría que no sea la de movilización especial*), las reclamaciones de estos miembros (*y de cualquier otro miembro sin patrocinio del comando*) se administran de acuerdo con las pautas del área de servicio CONUS para la atención fuera de la red. Se aplica el OLM de \$1,750 y los costos compartidos del área de servicio CONUS y el miembro es responsable de las tarifas del dentista u ortodoncista que excedan la tarifa permitida de MetLife.

Pagos de tratamientos de ortodoncia (OCONUS)

El tratamiento de ortodoncia iniciado en el área de servicio OCONUS para miembros con patrocinio del comando se abonará en un pago único, sujeto a la aprobación del plan de tratamiento del ortodoncista del área de servicio OCONUS. MetLife realiza un pago que incluye la parte de la reclamación reembolsada por el gobierno para los beneficiarios con patrocinio del comando. La deuda restante es responsabilidad del beneficiario. Dicha deuda, en el caso de un beneficiario con patrocinio del comando, debe

limitarse al 50 por ciento correspondiente a los costos compartidos de la tarifa permitida.

Si un miembro supera el límite de edad (*descrito anteriormente*) durante el transcurso del tratamiento de ortodoncia, el pago de MetLife se calculará según los meses de elegibilidad real. Todos los cargos incurridos tras la pérdida de la elegibilidad serán responsabilidad del miembro.

Los patrocinadores y los familiares que consideran realizarse un tratamiento de ortodoncia en el área de servicio OCONUS deben tener en cuenta que, debido a que los dentistas del área de servicio OCONUS reciben el monto en un pago único, su OLM de \$1,750 podría haberse agotado por completo cuando regresen al área de servicio CONUS, independientemente de que el tratamiento de ortodoncia se haya terminado o no.

Al visitar a un TOPD, tenga presente que MetLife le paga directamente al ortodoncista por los servicios prestados. Además, pague solamente los costos compartidos correspondientes.

Ejemplo de pagos de un tratamiento de ortodoncia (beneficiario con patrocinio del comando en un área de servicio OCONUS)

Ejemplo: La tarifa total que cobra un dentista (*ortodoncista*) es de \$5,000 y la tarifa permitida de MetLife es de \$4,000:

Pago de MetLife = \$3,000¹	\$4,000 x 50% = \$2,000 más \$1,000 (<i>monto de la tarifa real del dentista que supera la tarifa permitida</i>)
Gastos en efectivo del beneficiario = \$2,000	\$4,000 x 50% = \$2,000

1. MetLife le abona directamente al dentista en un pago único. MetLife paga la parte del pago relacionada con los cargos que superan la tarifa permitida y el máximo de por vida para ortodoncia y, a la vez, recibe un reembolso del gobierno.

Procedimientos de derivación para servicios de ortodoncia en el área de servicio OCONUS

Áreas de servicio OCONUS

Antes de comenzar cualquier tratamiento de ortodoncia, la TAO, el ODTF o los POC designados de las áreas de servicio OCONUS deben presentar un *NARF* inicial para un plan de examen y tratamiento de ortodoncia que autorice al beneficiario a solicitar atención de ortodoncia a un ortodoncista de un área de servicio OCONUS. Consulte la lista de TOPD para conocer la disponibilidad de ortodoncistas en su área. Para su comodidad, el TDP tiene una lista de TOPD que está disponible en <https://mybenefits.metlife.com/tricare>. Sin embargo, usted puede atenderse con cualquier dentista (*ortodoncista*) autorizado y con licencia.

Una vez completado el examen inicial, el *NARF* inicial, el documento de presentación de reclamaciones y la factura del proveedor correspondiente al plan de examen y tratamiento inicial deben enviarse a MetLife para que se realice el pago.

Si se presenta una estimación con toda la información necesaria junto con un *NARF* aprobado, al momento de realizar el tratamiento, MetLife no exige que se presente un segundo *NARF*. En el único caso en que MetLife exige un segundo *NARF* es cuando el proveedor envía solamente el examen o estudio para el tratamiento de ortodoncia, sin referencia a futuros tratamientos. Cuando se realiza el tratamiento, también se necesita un *NARF* aprobado en ese momento.

Nota: Se recomienda a los pacientes que soliciten a MetLife una determinación previa de pago para todos los planes de tratamientos dentales complejos y de ortodoncia. Para presentar la solicitud de determinación previa, complete un documento de presentación de reclamaciones e incluya una declaración del ortodoncista en la que se indique el costo total del tratamiento necesario. MetLife revisará el documento y proporcionará al paciente un resumen de los costos cubiertos. Los pacientes tienen un beneficio OLM de \$1,750.

Después de recibir la determinación previa, el patrocinador puede presentar a MetLife el segundo *NARF* (que aprueba el tratamiento de ortodoncia integral), el documento de presentación de reclamaciones y la factura del dentista por el tratamiento de ortodoncia completo, a fin de que MetLife efectúe el pago. Los documentos de presentación de reclamaciones del TDP están disponibles en <https://mybenefits.metlife.com/tricare>.

Cambio de ortodoncista

Dentro del área de servicio CONUS

Si el paciente cambia de ortodoncista, el nuevo ortodoncista debe presentar una reclamación a MetLife. Los pagos por los servicios del nuevo ortodoncista se calcularán sobre la base del OLM restante. Es responsabilidad del dentista y del paciente notificar a MetLife si se interrumpe el tratamiento de ortodoncia, o si finaliza antes de lo previsto.

Del área de servicio CONUS al área de servicio OCONUS

La atención de ortodoncia iniciada en el área de servicio CONUS puede continuarse en un área de servicio OCONUS, siempre y cuando no se haya alcanzado el OLM. Todos los beneficiarios deben obtener un *NARF* a través de su TAO (*o persona designada*) antes de cambiar a un ortodoncista del área de servicio OCONUS. Tras la presentación del *NARF* y la aprobación del plan de tratamiento del ortodoncista del área de servicio OCONUS, se realizará un pago único basado en el OLM restante del paciente.

Del área de servicio OCONUS al área de servicio CONUS

La atención de ortodoncia que se ofrece en el área de servicio OCONUS generalmente se abona en un pago único. Si los pagos totales realizados por el TDP alcanzan o superan el máximo, ese miembro no será elegible para recibir pagos del TDP por reclamaciones adicionales por los servicios recibidos posteriormente en las áreas de servicio CONUS.

Presentación de reclamaciones del Programa Dental TRICARE

En esta sección, se explican las determinaciones previas y el proceso de presentación de reclamaciones para las áreas de servicio CONUS y OCONUS. Todos los pagos de las primas deben estar al día para que se paguen las reclamaciones. Si las primas no están al día, se demorarán o se denegarán las reclamaciones.

Solicitudes de determinación previa

MetLife recomienda el uso de determinaciones previas para los planes de tratamiento que incluyan recubrimientos cuspídeos, coronas, implantes, prostodoncia, periodoncia, ortodoncia y servicios de cirugía bucal y maxilofacial. Esto permite que el dentista y el beneficiario sepan, antes de recibir el tratamiento, si MetLife cubrirá los servicios propuestos y el monto anticipado del pago.

Para solicitar una determinación previa, el dentista o el beneficiario deben enviar un documento de presentación de reclamaciones dentales donde se indique que se solicita una determinación previa. Una vez realizada la determinación previa, MetLife informará al beneficiario y al dentista a través de una notificación de estimación de beneficios dentales. Una determinación previa no constituye una garantía de pago o de cobertura del beneficio, sino que indica cuánto se pagará de acuerdo con la información disponible al momento de procesar la determinación.

Una vez que se ha prestado el servicio determinado previamente, el dentista o el beneficiario deben devolver la notificación de estimación de beneficios dentales a MetLife e indicar la fecha en que se prestó el servicio. Si se han determinado previamente varios servicios, no es necesario haber prestado todos los servicios para devolver la notificación de determinación previa a fin de que sea procesada.

Las determinaciones previas del Reserva Individual Preparada (IRR) tienen una validez de 12 meses a partir de la fecha de finalización. En la notificación de estimación de beneficios dentales se incluye la

fecha en que se aprobó la determinación previa. Si el servicio informado se realiza después del vencimiento de la aprobación de la determinación previa, se revisará el servicio a fin de determinar si sigue siendo elegible para el pago.

Reclamaciones en el área de servicio CONUS

MetLife acepta reclamaciones presentadas a través de cualquier documento estándar de presentación de reclamaciones de la American Dental Association® (*Asociación Dental Estadounidense*). Los documentos de presentación de reclamaciones de MetLife incluyen instrucciones y pueden obtenerse en <https://mybenefits.metlife.com/tricare>. Se debe enviar un documento de presentación de reclamaciones separado para cada beneficiario que reciba los servicios.

Presentación de reclamaciones

Los beneficiarios pueden visitar a cualquier dentista autorizado o con licencia. Si es un dentista participante, el personal del consultorio realizará todos los trámites, incluso la presentación de reclamaciones. Si no es un dentista participante de MetLife, es posible que los beneficiarios deban presentar sus propias reclamaciones.

Incluya el número de Seguro Social (SSN) o el número de beneficios del Departamento de Defensa (DBN) con los documentos de respaldo presentados ante MetLife en relación con una reclamación.

Fecha límite para la presentación de una reclamación

Todos los documentos de presentación de reclamaciones deben presentarse ante MetLife lo antes posible después de la fecha del servicio. Se denegarán las reclamaciones presentadas más de 12 meses después de la prestación de los servicios. Un dentista del Programa Dentista Preferido (PDP) no puede facturarle al paciente los servicios que se denegaron por esta razón.

La presentación inmediata es particularmente importante en el caso de las reclamaciones relacionadas con un plan de tratamiento de ortodoncia, ya que la fecha de fijación de bandas se utiliza para determinar el comienzo del tratamiento de ortodoncia.

Pagos de reclamaciones

Si un beneficiario es atendido por un dentista del PDP, MetLife le paga directamente al dentista por los servicios cubiertos, tras descontar los costos compartidos que pudieran corresponder. En general, el dentista le factura los costos compartidos directamente al beneficiario. Cuando los servicios son prestados por un dentista que no pertenece a la red, MetLife paga los servicios cubiertos hasta alcanzar la asignación de MetLife*, tras descontar los costos compartidos que pudieran corresponder. El beneficiario es responsable de pagar el monto correspondiente de los costos compartidos y la parte de la tarifa del dentista que supere la asignación de MetLife. MetLife le paga directamente a un dentista que no pertenece a la red solamente si el beneficiario establece en el documento de presentación de reclamaciones que el dentista debe recibir el pago. Esto suele denominarse cesión de beneficios.

Nota: Si recibe la atención de un dentista del PDP, generalmente se reducen los gastos en efectivo del beneficiario.

** Si el beneficiario decide no firmar la declaración de cesión de beneficios en el documento de presentación de reclamaciones, el proveedor puede solicitarle al beneficiario un reembolso que no puede superar la tarifa del PDP al momento del tratamiento. En este caso, MetLife entregará todo reembolso aplicable directamente al beneficiario.*

Reclamaciones en el área de servicio OCONUS

La forma más rápida y fácil de obtener un documento de presentación de reclamaciones es por Internet. Si el acceso en línea no le resulta conveniente, también puede obtener los documentos de presentación de reclamaciones a través de la Oficina de Área de TRICARE (TAO), el en el extranjero instalación uniformado tratamiento dental (ODTF) o los puntos de contacto (POC) designados del área de servicio OCONUS más cercanos. Consulte el interior de la cubierta

de este manual para obtener los detalles y la información de contacto.

Presentación de reclamaciones

En el caso de la atención dental proporcionada en las áreas de servicio OCONUS, si en el documento de presentación de reclamaciones no se brinda la siguiente información, asegúrese de incluir lo siguiente:

- Fechas del servicio
- Nombre, dirección y número de teléfono del proveedor
- Problema específico tratado
- Códigos de procedimiento
- Dientes específicos tratados en cada servicio proporcionado, según corresponda
- Cargos totales
- Si no se detalla el código de procedimiento en el documento de presentación de reclamaciones, se debe proporcionar una descripción completa del servicio realizado, incluidos los números de los dientes correspondientes, según corresponda

Para que MetLife procese las reclamaciones, se necesita la siguiente información:

- Un documento de presentación de reclamaciones completado
- La factura o declaración de cargos del dentista. Si los servicios específicos proporcionados se repiten en el documento de presentación de reclamaciones, no es necesario incluir una factura separada del consultorio
- Un *Formulario de derivación por falta de disponibilidad (NARF)* para los servicios de ortodoncia

Fecha límite para la presentación de una reclamación

El documento de presentación de reclamaciones debe completarse y presentarse ante MetLife lo antes posible después de la fecha del servicio. Se denegarán las reclamaciones presentadas ante MetLife más de 12 meses después de que se prestó el servicio.

Pagos de reclamaciones

Dentro de las áreas de servicio OCONUS, es posible que algunos dentistas soliciten a los beneficiarios que paguen los servicios antes de recibirlos.

Las reclamaciones por servicios de ortodoncia en las áreas de servicio OCONUS generalmente se pagan directamente al dentista. En el caso de los servicios que no sean de ortodoncia, MetLife paga los servicios cubiertos al dentista o al beneficiario, según quién presenta la reclamación. Si el dentista presenta la reclamación, MetLife emite el pago al dentista, junto con una explicación de los beneficios dentales (DEOB) para el dentista y el beneficiario. Si el beneficiario presenta la reclamación, MetLife envía el pago y una DEOB al beneficiario. Si el beneficiario presenta la reclamación e indica que el pago debe realizarse directamente al dentista, debe firmar la sección del documento de presentación de reclamaciones mediante la cual se cede el pago al dentista. Si MetLife no puede determinar cuál de las partes presentó la reclamación, el pago se emite al dentista.

Todos los pagos emitidos a un dentista del área de servicio OCONUS se realizan en moneda extranjera, sujetos a la disponibilidad de dicha moneda en instituciones bancarias estadounidenses reconocidas. Todas las reclamaciones presentadas por los beneficiarios se pagan en dólares estadounidenses.

Después de emitir un cheque extranjero (*en moneda extranjera*), el pago no se cambiará a dólares estadounidenses. Todos los pagos que requieran la conversión a una moneda extranjera se calcularán según el tipo de cambio vigente en la última fecha de servicio que se indica en la reclamación o la factura.

Programa de Puntos de Contacto OCONUS

Si tiene alguna pregunta general sobre el área de servicio OCONUS o la presentación de reclamaciones en dicha área, consulte el interior de la cubierta de este manual para obtener los detalles y la información.

Nota: En el caso de los servicios de ortodoncia, comuníquese con la TAO o el ODTF para completar el *NARF* antes de comenzar el tratamiento de ortodoncia.

Explicación de los beneficios dentales

Una explicación de los beneficios dentales (DEOB) es una declaración para el beneficiario que incluye la descripción de los servicios cubiertos y el monto de la cobertura. Esto permite al beneficiario determinar sus costos compartidos previstos, si los hubiera. Si existen costos compartidos, el beneficiario debe pagar al dentista ese monto más todos los costos adicionales de los servicios no cubiertos o la tarifa del dentista que supere el cargo permitido. Si se cedieron los beneficios y el pago se emite directamente al dentista, los dentistas también reciben una DEOB. Para obtener información sobre la DEOB, consulte las páginas siguientes.

Para entender la DEOB

La información que se describe en el cuadro 8.1 aparece en la parte superior de la DEOB.

La comprensión de la explicación de los beneficios dentales

Cuadro 8.1

Campo de Información	Descripción
Número de grupo	Número de plan dental TRICARE del área de servicio CONUS u OCONUS
Nombre del patrocinador	Nombre del miembro de los servicios uniformados
Número de identificación del patrocinador	Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social o del número de beneficios del Departamento de Defensa
Servicios prestados por	Nombre del dentista que prestó el servicio o realizó el tratamiento
Nombre o parentesco del beneficiario	Nombre del beneficiario que recibió los servicios
Fecha de procesamiento	Fecha en la que se emitió la DEOB
Referencia	Número único que utiliza MetLife para identificar la reclamación. Proporcione este número como referencia si se comunica con nosotros para hacernos preguntas sobre la DEOB.

La comprensión de la explicación de los beneficios dentales (continuación)

Campo de Información	Descripción
Número de control del documento (DCN)	DCN—número único que identifica la imagen de la reclamación recibida. Puede proporcionar este número como referencia si se comunica con nosotros para hacernos preguntas sobre la DEOB.
Fecha en la que se prestó el servicio	Fecha en la que se prestó el servicio
Área o número de diente	Área o número de diente
Código de procedimiento	Código de procedimiento (<i>si es aplicable</i>)
Tarifa cobrada	Tarifa cobrada (<i>D + un número de cuatro dígitos</i>)
Tarifa del PDP	Tarifa del PDP
Gasto cubierto	Cantidad que MetLife considera por el servicio. Esta incluye los ajustes por limitaciones y exclusiones.
Beneficio del plan	Cantidad que MetLife pagará por el tratamiento. Esta incluye ajustes por los costos compartidos y máximos.
Descripción del servicio o comentarios	Descripción del servicio o comentarios

Nota: Las DEOB presentadas por el tratamiento recibido dentro del área de servicio OCONUS pueden incluir información adicional que no aparece en las DEOB de las áreas de servicio CONUS (*por ejemplo, el tipo de cambio de moneda extranjera*). Los beneficiarios deben dirigir sus consultas a la unidad de atención al cliente del área de servicio OCONUS de MetLife. Los beneficiarios pueden ver las DEOB electrónicamente en <https://mybenefits.metlife.com/tricare>.

Preguntas sobre las DEOB

Si tiene preguntas sobre las DEOB, consulte el interior de la cubierta de este manual para obtener los detalles y la información. Cuando llame, asegúrese de tener a mano la siguiente información:

- Su nombre y fecha de nacimiento
- El DBN o SSN del patrocinador
- El nombre del beneficiario o paciente
- El número de control de archivo de la reclamación que aparece en la DEOB

Otro seguro dental: coordinación de beneficios con el TDP

Es posible que un beneficiario del TDP tenga otro seguro dental. En este caso, MetLife coordinará los beneficios entre los dos planes dentales.

Si un beneficiario recibe servicios que están cubiertos por el TDP y por otro plan dental, la cobertura y los beneficios regirán conforme a reglas de coordinación de beneficios. Estas reglas determinan qué plan paga los beneficios en primer lugar y qué plan los paga en segundo lugar.

Según la situación, el TDP puede ser el plan dental principal o secundario.

- Cuando el otro plan de un cónyuge o hijo es básicamente un plan de seguro médico, pero incluye un beneficio dental, el plan se considera secundario. El TDP se considera principal y las reclamaciones deben presentarse ante MetLife.
- Cuando un cónyuge tiene su propio plan dental, el plan dental del cónyuge se considera principal y el TDP es secundario.
- En el caso de un hijo que tiene cobertura de dos planes dentales, el plan principal generalmente se determina por la “regla de cumpleaños”, establecida por la National Association of Insurance Commissioners (Asociación Nacional de Comisionados de Seguros). La regla de cumpleaños determina el plan que paga los beneficios en primer lugar según cuál de las fechas de cumpleaños de los padres se encuentra primera en un año calendario. Por ejemplo: si el cumpleaños de la madre es el 2 de enero y el del padre es el 12 de enero, el plan dental de la madre se considera principal y pagaría los beneficios en primer lugar.

- Se produce una excepción a la regla de cumpleaños si el otro plan dental emplea la “regla de géneros”. La regla de géneros establece que el plan dental del padre se considera el plan principal. Si la otra cobertura dental utiliza la regla de géneros para determinar la coordinación de beneficios, MetLife aplicará la regla de géneros y considerará como plan principal al plan dental del padre.
- En los casos en que los padres biológicos no han contraído matrimonio y existen dos planes dentales, MetLife considera como plan principal al plan de seguro del padre o la madre que tiene la custodia. Si el padre o la madre que tiene la custodia ha vuelto a contraer matrimonio, el plan del padrastro o la madrastra pagará antes que el plan del padre o madre que no tiene la custodia. Se produce una excepción a esta regla si existe un decreto judicial que establece quién es el padre responsable de la cobertura del seguro.

Las reclamaciones siempre deben presentarse primero ante el plan principal. Después de que se

recibe el pago del plan principal, la reclamación puede presentarse ante el plan secundario. Al presentar una reclamación ante MetLife para la coordinación conforme al TDP como cobertura secundaria, se debe adjuntar una copia de la DEOB del plan de seguro principal.

El plan principal paga los beneficios independientemente del plan secundario. Cuando la cobertura del TDP es secundaria, el plan paga los servicios cubiertos que no fueron pagados por el plan principal. El TDP coordinará con la compañía de seguros principal y pagará los servicios cubiertos por el TDP de acuerdo con las disposiciones y limitaciones del TDP. El pago como compañía de seguros secundaria no superará el monto del proveedor o el monto que el TDP hubiera pagado como compañía de seguros principal, el que sea menor. En ningún caso los pagos totales por un servicio efectuados por la compañía de seguros principal y la secundaria superarán el cargo del dentista.

Ejemplos de coordinación de beneficios

En los cuadros 8.2, 8.3 y 8.4, se muestran ejemplos de la coordinación de beneficios entre la compañía de seguros principal y la secundaria para procedimientos de muestra.

Primer ejemplo de coordinación de beneficios

Cuadro 8.2

Compañía de seguros	Procedimiento	Cargo del dentista	Gasto cubierto	Monto del pago
Principal	Examen	\$35	\$28	\$28
Programa Dental TRICARE (secundario)	Examen	\$35	\$30	\$7

Como se muestra en el cuadro 8.2, la compañía de seguros principal pagó \$28 por un examen de \$35. El saldo restante de \$7 ($\$35 - \$28 = \7) es menor que la asignación de MetLife de \$30, por lo cual MetLife pagará \$7 más (para cubrir el monto facturado de \$35).

Segundo ejemplo de coordinación de beneficios

Cuadro 8.3

Compañía de seguros	Procedimiento	Cargo del dentista	Gasto cubierto	Monto del pago
Principal	Restauración	\$95	\$80	\$64
Programa Dental TRICARE (secundario)	Restauración	\$95	\$70	\$31

Como se muestra en el cuadro 8.3, la compañía de seguros principal pagó \$64 por una restauración de \$95. Conforme al TDP, las restauraciones tienen costos compartidos del 20 por ciento para el beneficiario. Si el TDP hubiera sido el plan principal, habría pagado \$56 por esta restauración. Sin embargo, como el saldo restante de \$31 ($\$95 - \$64 = \31) es menor que \$56, MetLife paga el total de \$31 como plan secundario.

Compañía de seguros	Procedimiento	Cargo del dentista	Gasto cubierto	Monto del pago
Principal	Corona	\$800	\$700	\$350
Programa Dental TRICARE (secundario)	Corona	\$800	\$650	\$325

Como se muestra en el cuadro 8.4, la compañía de seguros principal pagó \$350 por una corona de \$800. El saldo restante es de \$450 ($\$800 - \$350 = \450). Si la cobertura del TDP hubiera sido la principal, MetLife habría pagado el 50 por ciento de \$650 (*asignación de MetLife*), es decir, \$325. Debido a que el saldo restante de \$450 es mayor que \$325, MetLife pagaría únicamente un adicional de \$325 del cargo facturado de \$800. El gasto en efectivo del beneficiario del TDP es de \$125.

Viajes y traslados con el Programa Dental TRICARE

Su cobertura dental es internacional, independientemente de que viaje por vacaciones o se traslade a una nueva ubicación de servicio.

Viajes

Dentro del área de servicio CONUS

Cuando viaja a alguna localidad dentro del área de servicio CONUS, puede visitar a cualquier dentista autorizado y con licencia. Sin embargo, si visita a un dentista del PDP de MetLife, ahorrará tiempo y dinero. Si desea ubicar un dentista del PDP, consulte el interior de la cubierta de este manual para obtener los detalles y la información de contacto.

Nota: Puede realizar búsquedas de dentistas por especialidad, apellido, ciudad o código postal. El directorio en línea se actualiza todas las semanas.

Del área de servicio CONUS al área de servicio OCONUS

Los beneficiarios inscritos en el Programa Dental TRICARE (TDP) que residen en el área de servicio CONUS también tienen cobertura en el área de servicio OCONUS. Aquellos que estén inscritos en el área de servicio CONUS y visiten países del área de servicio OCONUS estarán sujetos a los costos compartidos de CONUS y, básicamente, recibirán el pago de sus reclamaciones como si visitaran a un dentista fuera de la red. Una excepción es la de los miembros con patrocinio del comando, quienes tienen costos compartidos reducidos y a los cuales se aplican las reglas de pago de reclamaciones indicadas en las secciones 5 y 7 de este manual.

Del área de servicio OCONUS al área de servicio CONUS

Los beneficiarios inscritos en el TDP que residen en el área de servicio OCONUS también tienen cobertura en el área de servicio CONUS. Los miembros inscritos que residen en el área de servicio OCONUS, pero reciben atención dental en una ubicación CONUS, están sujetos a los costos compartidos y las reglas de pago

de CONUS, independientemente del estado de patrocinio del comando.

Dentro del área de servicio OCONUS

Los beneficiarios inscritos en el TDP que residen en el área de servicio OCONUS tienen cobertura mientras viajan por las áreas de servicio OCONUS. Los inscritos que reciben atención en el área de servicio OCONUS y tienen patrocinio del comando tendrán costos compartidos reducidos; además, se les aplicarán las reglas de pago de reclamaciones indicadas en las secciones 5 y 7 de este manual.

Traslados

Con el TDP, trasladarse es fácil—no es necesario completar nuevas solicitudes de inscripción ante un traslado.

Nota: El TDP no cubre la duplicación de registros para el cambio permanente de estación de un patrocinador; por lo tanto, se recomienda a los beneficiarios que obtengan copias de sus registros dentales antes de trasladarse, a fin de evitar la posibilidad de incurrir en gastos adicionales en su nueva ubicación.

Para actualizar su dirección, visite www.dmdc.osd.mil/appj/address/index.jsp. Además, consulte el interior de la cubierta de este manual para obtener detalles sobre cómo encontrar un dentista participante.

Los beneficiarios inscritos que se trasladan a sitios dentro del área de servicio OCONUS pueden optar por cancelar su inscripción en el TDP dentro de los 90 días calendario posteriores al traslado.

Apelaciones, quejas, fraudes y abusos

Si no puede resolver satisfactoriamente alguna inquietud a través de los servicios de atención al cliente de MetLife o de su dentista, puede hacer uso de las opciones de apelaciones y quejas que se encuentran a su disposición. En esta sección, también se describen los procedimientos para informar sospechas de fraude o abuso.

Proceso de apelaciones del Programa Dental TRICARE

Si un paciente o un dentista participante no están de acuerdo con una decisión de beneficios de MetLife, dicha decisión puede ser elegible para una apelación. Mediante el proceso de apelaciones, los pacientes pueden apelar las decisiones adversas de beneficios en relación con la determinación inicial.

¿Quiénes pueden solicitar una apelación?

Las partes de la determinación inicial que pueden solicitar una apelación incluyen las siguientes:

- Los dentistas participantes
- El paciente que recibió los servicios dentales
- Los patrocinadores, los padres o los tutores de beneficiarios menores de 18 años
- Una persona o un dentista que no pertenece a la red a quien el paciente ha designado por escrito para que actúe como su representante en la apelación

El *formulario de designación del representante* para la apelación se puede descargar de la sección “Herramientas y recursos”, en <https://mybenefits.metlife.com/tricare>.

¿Quiénes no pueden solicitar una apelación?

Las siguientes personas no pueden solicitar una apelación:

- Los dentistas que han sido descalificados o que no han sido incluidos como dentistas autorizados
- Los dentistas que no pertenecen a la red (*a menos que una parte apelable los designe, por escrito, para que actúen en su nombre*)

- Los beneficiarios que están interesados en recibir atención o que han recibido atención de un dentista específico que ha sido suspendido, no ha sido incluido como dentista autorizado o ha dejado de ser un dentista autorizado
- Los patrocinadores, los padres o los tutores legales de familiares de 18 años de edad o más no son partes de la determinación inicial. No obstante, pueden representar al familiar si este los designa por escrito
- Los terceros, por ejemplo, otras compañías de seguros

¿Qué se puede y qué no se puede apelar?

Para apelar una reclamación, debe existir un monto en dólares en disputa del cual el paciente es financieramente responsable. El monto en disputa se calcula como el monto real que sería pagadero según el Programa Dental TRICARE (TDP) si se determinara que los servicios involucrados en la disputa son pagaderos, menos los costos compartidos aplicables u otros pagos del seguro dental que pudieran corresponder. También se pueden apelar decisiones adversas sobre solicitudes de determinación previa.

No se pueden apelar las siguientes cuestiones:

- Las disputas relacionadas con requisitos legales o reglamentarios
- El monto que MetLife determina como cargo permitido
- Las reglas de elegibilidad del plan
- Los dentistas que han sido excluidos o suspendidos por un organismo gubernamental o una autoridad estatal o local de expedición de licencias
- Los montos que exceden el máximo de por vida o del año del plan del paciente
- Los servicios que se deniegan por no haber sido presentados a tiempo

Niveles de apelación

Existen tres niveles de apelación: reconsideración, revisión formal y audiencia.

Nivel 1: Reconsideración

La reconsideración es una solicitud formal que realizan beneficiarios y dentistas a MetLife para pedir una revisión distinta de la determinación inicial de pago, a fin de evaluar si la decisión inicial de pago fue correcta.

Cómo solicitar una reconsideración

La solicitud debe hacerse por escrito e incluir todas las razones (*motivos de la solicitud*), la documentación de respaldo (*por ejemplo, radiografías; fichas periodontales con fechas; descripciones clínicas; órdenes de cambios permanentes de estación, si corresponde; notas sobre el avance; registros de tratamiento*) y una copia de la determinación inicial. Además, la fecha del matasellos o de recepción por parte de MetLife de la solicitud de reconsideración debe estar dentro los 90 días calendario posteriores a la fecha de emisión de la DEOB. La fecha de emisión (*mes y año de la reclamación*) se encuentra en la esquina superior derecha de la DEOB. Debido a que la solicitud de reconsideración debe presentarse dentro de los 90 días, la solicitud de apelación no debe demorarse para obtener documentos de respaldo si los registros no se encuentran disponibles inmediatamente. Si los registros de respaldo se presentarán en una fecha posterior, en la carta de apelación se debe incluir la fecha prevista de presentación.

Nota: Estas instrucciones, al igual que el derecho de apelación que tiene el paciente, también se incluyen en la DEOB. Las solicitudes de reconsideración y los documentos de presentación de reclamaciones dentales deben enviarse por separado. Si se envían en el mismo sobre, la reconsideración se procesará como una reclamación y se denegará como duplicado.

¿Qué sucede durante una reconsideración?

MetLife revisa toda la documentación presentada y lleva a cabo una investigación exhaustiva. MetLife puede comunicarse con el miembro o el dentista para obtener información adicional

y, en algunos casos, remitir la reclamación a un dentista asesor de MetLife.

La reconsideración puede dar lugar a la aprobación total o parcial de los costos en disputa o a la confirmación de la decisión inicial. Dentro de los 60 días posteriores a la recepción de la solicitud de apelación, debe enviarse una notificación escrita sobre la decisión de la reconsideración y las medidas tomadas, si las hubiera.

Independientemente de quién haya solicitado la reconsideración, se enviará una copia de la decisión de reconsideración al paciente. También se notificará al dentista participante (*o al dentista que no pertenece a la red que ha sido designado como representante o a quien le han cedido los beneficios*).

Las solicitudes de reconsideración deben enviarse por escrito a la siguiente dirección:

CONUS/OCONUS:

MetLife
TRICARE Dental Program Appeals
P.O. Box 14183
Lexington, KY 40512

Fax: 1-855-763-1335

Nivel 2: Revisión formal

Los pacientes pueden solicitar una revisión formal por parte de TRICARE Management Activity (TMA) si no están de acuerdo con la reconsideración de MetLife y si el monto que continúa en disputa es de \$50 o más. La carta con la notificación de la decisión de reconsideración de MetLife incluye una notificación del derecho del paciente a obtener una revisión formal e instrucciones sobre cómo solicitarla.

Cómo solicitar una revisión formal

La fecha del matasellos o de recepción por parte de TMA de una solicitud de revisión formal debe estar dentro de los 60 días posteriores a la fecha de la determinación de reconsideración. La solicitud debe realizarse por escrito e incluir copias de la determinación de reconsideración y cualquier otra información que no se haya proporcionado con la solicitud de apelación original. Debido a que la solicitud de revisión formal debe presentarse dentro de los 60 días, la solicitud de apelación no debe demorarse para obtener documentos de respaldo si los registros no

se encuentran disponibles inmediatamente. Si los registros de respaldo se presentarán en una fecha posterior, en la carta de apelación se debe incluir la fecha prevista de presentación.

La solicitud de revisión formal debe enviarse a la siguiente dirección:

TRICARE Management Activity
Appeals, Hearings, and Claims
Collection Division
16401 E. Centretch Parkway
Aurora, CO 80011-9066

Nivel 3: Audiencia

Si un paciente no está de acuerdo con la decisión de la revisión formal efectuada por la TMA y el monto en disputa es de \$300 o más, puede solicitar una audiencia ante la TMA. La solicitud debe realizarse por escrito e incluir copias de la decisión de revisión formal y cualquier otra información que no se haya proporcionado con las solicitudes de apelación anteriores. La fecha del matasellos o de recepción por parte de TMA de la solicitud debe estar dentro de los 60 días de la fecha de la decisión de revisión formal (*la fecha que aparece en la carta de la TMA donde se incluyen los resultados de la revisión formal*). Debido a que la solicitud de audiencia debe presentarse dentro de los 60 días, la solicitud de apelación no debe demorarse para obtener documentos de respaldo si los registros no se encuentran disponibles inmediatamente. Si los registros de respaldo se presentarán en una fecha posterior, en la carta de apelación se debe incluir la fecha prevista de presentación.

La solicitud de audiencia debe enviarse a la siguiente dirección:

TRICARE Management Activity
Appeals, Hearings, and Claims
Collection Division
16401 E. Centretch Parkway
Aurora, CO 80011-9066

Quejas

A fin de garantizar que los pacientes reciban la atención de calidad necesaria y que los servicios se facturen como corresponde, se emplean procedimientos continuos de revisión de calidad. MetLife paga solamente los beneficios

correspondientes a servicios dentales que cumplen con los estándares aceptables de la práctica dental. En muy pocos casos, es posible que se elimine a un dentista de la lista de dentistas participantes si MetLife determina que dicho dentista no brinda atención dentro de los estándares aceptables de la práctica dental.

Las preguntas relacionadas con la calidad de la atención recibida deben realizarse primero al dentista que prestó los servicios. Por lo general, las inquietudes pueden resolverse al preguntar al dentista acerca del tratamiento dental para los servicios uniformados. Si sigue teniendo inquietudes después de hablar con el dentista, visite <https://mybenefits.metlife.com/tricare> y envíelas a través de la sección “Herramientas y recursos”, o bien, escriba a MetLife a la siguiente dirección:

MetLife
TRICARE Dental Program
Quality of Care—Grievances
P.O. Box 14184
Lexington, KY 40512
Fax: 1-855-763-1336

Las cartas deben incluir el nombre y el número de Seguro Social o el número de beneficios del Departamento de Defensa del patrocinador, el número de grupo, el nombre del paciente y el parentesco con el patrocinador, el nombre y la dirección del dentista, y una explicación de la inquietud. MetLife investigará la inquietud, la resolverá según corresponda e informará los resultados al solicitante.

La calidad de los dentistas del área de servicio OCONUS no es controlada por el gobierno, ni por MetLife o sus agentes o representantes. El control que ejerce el gobierno sobre los dentistas extranjeros se limita a su inclusión en la lista de dentistas preferidos del área de servicio OCONUS de TRICARE, o su exclusión de la lista. Los patrocinadores o los familiares deben enviar las quejas o inquietudes relacionadas con el servicio dental o la calidad de la atención en el extranjero a MetLife, a la dirección mencionada anteriormente. Las quejas que se reciban el centro de tratamiento dental para los servicios uniformados en el extranjero, la Oficina de Área de TRICARE o los puntos de contacto designados

de OCONUS se reenviarán a MetLife para que se tomen las medidas correspondientes.

Fraude y abuso

El fraude y el abuso pueden adoptar muchas formas. Los ejemplos de prácticas fraudulentas o abusivas incluyen, entre otros, los siguientes:

- El envío de reclamaciones por servicios no prestados
- El envío de reclamaciones por servicios no cubiertos, tratados como si fueran servicios cubiertos
- Los robos de identidad (el envío de reclamaciones para una persona no elegible como si se tratara de un beneficiario cubierto)
- El envío de reclamaciones por duplicado
- El engaño por parte de un dentista respecto de sus credenciales o el ocultamiento de información en relación con prácticas comerciales que lo descalifican como proveedor autorizado del TDP
- Las prácticas inapropiadas de facturación, el envío de reclamaciones por servicios dentales innecesarios
- La renuncia habitual al pago de los costos compartidos que corresponden al beneficiario

Los patrocinadores y beneficiarios de TRICARE tienen la capacidad y la oportunidad de detectar el fraude. La clave está en leer atentamente la DEOB. Asegúrese de que la información incluida en la DEOB coincida con los servicios recibidos.

Por ejemplo:

- Verifique la fecha del servicio
- Verifique el tipo de servicios prestados
- Verifique que el pago emitido sea por los servicios que se prestaron realmente

Como contratista federal, MetLife no debe pagar reclamaciones por servicios prestados por dentistas o entidades que han sido sancionados por la Oficina del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Los motivos de sanción incluyen sentencias por fraude relacionado con el programa, abuso de pacientes y medidas de la junta de licencias. El director de la TMA (*o persona designada*) también tiene autoridad para sancionar. En cualquiera de

los casos, el dentista o la entidad sancionados han perdido el derecho de facturar a MetLife o al beneficiario por los servicios prestados. MetLife denegará los servicios y emitirá un mensaje de DEOB donde se establecerá que el dentista o la entidad no pueden facturar a ninguna persona por los servicios denegados.

Todos los meses, el gobierno informa a MetLife acerca de los dentistas o las entidades que han sido sancionados. El gobierno también incluye una lista de las personas que se han reincorporado. La lista de dentistas sancionados está disponible en <http://oig.hhs.gov>.

Informe de fraude y abuso

Si un beneficiario considera que un dentista o una entidad recibieron dinero del seguro a través de la presentación de una reclamación falsa, debe enviar esta información a la Unidad de Investigaciones Especiales (SIU). MetLife ofrece varias formas para que los beneficiarios se comuniquen con la SIU:

- Envíe una carta por escrito directamente a la siguiente dirección:

MetLife
Special Investigations Unit—TRICARE
5950 Airport Road,
Oriskany, NY 13424

- Llame a la línea gratuita “directa para fraude”:
1-800-462-6565

La SIU tiene un correo de voz confidencial, disponible las 24 horas, para informar sospechas de fraude.

Siglas

ADA	Asociación Dental Estadounidense	TOPD	Dentista preferido del área de servicio OCONUS de TRICARE
ADFM	Familiar de miembro en servicio activo	TRDP	Programa Dental TRICARE para Jubilados
ADSM	Miembro en servicio activo	TSC	Centro de Servicio TRICARE
BCAC	Coordinador de asistencia y asesoría al beneficiario		
BWE	Inscripción de beneficiarios por Internet		
DBN	Número de beneficios del Departamento de Defensa		
DCN	Número de control del documento		
DEERS	Sistema de informes de elegibilidad de inscripción de la Defensa		
DEOB	Explicación de los beneficios dentales		
DoD	Departamento de Defensa		
DTF	Centro de tratamiento dental para los servicios uniformados		
FPD	Prótesis dental parcial o fija		
HIPAA	Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos		
ID	Identificación		
IRR	Reserva Individual Preparada		
MTF	Centro militar de tratamiento		
NARF	Formulario de derivación por falta de disponibilidad		
ODTF	Centro de tratamiento dental para los servicios uniformados en el extranjero		
OLM	Máximo de por vida para ortodoncia		
PCS	Cambio permanente de estación		
PDP	Programa de Dentistas Preferidos		
POA	Poder		
SIU	Unidad de Investigaciones Especiales		
SSN	Número de Seguro Social		
TAMP	Programa de Administración de Asistencia para la Transición		
TAO	Oficina de Área de TRICARE		
TDP	Programa Dental TRICARE		
TMA	TRICARE Management Activity		
TMD	Disfunción de la articulación temporomandibular		

Glosario

Amalgama

Aleación empleada en las restauraciones dentales directas. Generalmente, está compuesta por mercurio, plata, estaño y cobre, junto con otros elementos metálicos que se agregan para mejorar sus propiedades físicas y mecánicas.

Anestesia general

Estado de inconsciencia controlado o “sueño profundo”, acompañado de una pérdida parcial o total de la sensación de dolor y de reflejos protectores, que incluye la pérdida de la capacidad de mantener las vías respiratorias de manera independiente y responder adecuadamente a la estimulación física o verbal.

Año del plan

El máximo anual de beneficio (\$1,300) se aplica— período de 12 meses del 1 de mayo al 30 de abril.

Apelación/Reconsideración

Procedimiento que se ofrece a beneficiarios y dentistas que no están de acuerdo con las decisiones de reclamaciones tomadas por MetLife.

Área de servicio fuera del territorio continental de Estados Unidos (OCONUS)

El área de servicio OCONUS del TDP incluye áreas que no se encuentran en las áreas de servicio CONUS y los servicios cubiertos proporcionados en una embarcación fuera de las áreas territoriales del área de servicio CONUS, independientemente de la dirección del consultorio del dentista.

Área de servicios del territorio continental de Estados Unidos (CONUS)

El área de servicio CONUS del TDP incluye los 50 estados de Estados Unidos, el distrito de Columbia, Puerto Rico, Guam y las Islas Vírgenes Estadounidenses.

Asociación Dental Estadounidense (ADA)

La ADA es la asociación profesional de dentistas que tiene un compromiso con la salud bucal pública, la ética, la ciencia y el progreso profesional, y lidera una profesión unificada a través de iniciativas de apoyo, educación, investigación y desarrollo de normas.

Atención dental complementaria

Atención dental necesaria por razones médicas para el tratamiento de una afección médica (*no dental*) cubierta; atención dental que es parte integral del tratamiento de la afección médica; atención dental que se requiere como preparación para un traumatismo dental, o como consecuencia de dicho traumatismo; o atención dental que resulta del tratamiento necesario por razones médicas de una lesión o enfermedad. Estos servicios se consideran servicios médicos, no dentales, y pueden estar cubiertos por el beneficio médico de TRICARE como servicios dentales complementarios.

Beneficiario (miembro)

El beneficiario (*miembro*) es una persona elegible para inscribirse en el TDP. Según el estado del patrocinador, esta persona puede ser un patrocinador, un familiar o un sobreviviente.

Beneficios

Servicios dental recibido por los beneficiarios inscritos cuyo costo, total o parcial, es autorizado y pagado por el TDP.

Cambio permanente de estación (PCS)

A los fines de establecer una excepción a ciertas limitaciones del TDP, PCS se refiere al traslado de una estación oficial a otra. El PCS no incluye el traslado efectuado por órdenes de separación o jubilación al hogar de registro o lugar de selección.

Cargo permitido, asignación, tarifa permitida

Tarifa que cobra un dentista y cuyo pago será considerado por MetLife. En el caso de los dentistas del Programa de Dentistas Preferidos, se refiere al cargo normal del dentista o a la tarifa negociada, el que sea menor. En el caso de los dentistas que no pertenecen a la red, se refiere a su tarifa, sujeta a límites, para reflejar el rango de los cargos razonables y habituales que cobran los dentistas en el área. Como siempre, el pago final al beneficiario o al dentista puede verse afectado por las limitaciones y exclusiones del TDP.

Categoría de movilización especial (Reserva Individual Preparada)

Dentro de la Reserva Individual Preparada, hay una categoría de miembros que están sujetos a ser llamados al servicio activo de manera involuntaria. Los voluntarios se seleccionan en función de las necesidades de la unidad de servicio y el grado y las habilidades militares de ese miembro.

Centro de Servicio TRICARE (TSC)

Cada región recibe los servicios de los TSC, cuyo personal está formado por representantes de servicios a los beneficiarios que pueden explicar las diferentes opciones de TRICARE y ayudar a los beneficiarios a elegir el plan que mejor se adapte a sus necesidades.

Centro de tratamiento dental (DTF)

Centro administrado por las fuerzas militares que ofrece atención dental a los beneficiarios elegibles de TRICARE.

Centro de tratamiento dental (DTF) fijo para los servicios uniformados

Centro que cuenta con personal durante todo el año y ofrece atención dental de rutina a los miembros en servicio activo y, en ciertas circunstancias, a familiares de los miembros en servicio activo. Los DTF fijos a veces se denominan DTF “de tiempo completo”.

Centro de tratamiento dental para los servicios uniformados en el extranjero (ODTF)

Centro ubicado en el extranjero y administrado por las fuerzas militares que ofrece atención dental a los beneficiarios elegibles de TRICARE que residen en el extranjero.

Centro militar de tratamiento (MTF)

Centro médico administrado por las fuerzas militares que puede ofrecer servicios de internación o atención ambulatoria a los beneficiarios elegibles de TRICARE. Las capacidades de los MTF incluyen desde clínicas de cuidados intensivos limitados hasta centros médicos de enseñanza y atención de nivel terciario.

Cesión de beneficios

Cuando un beneficiario firma la declaración de cesión de beneficios en un documento de presentación de reclamaciones, permite que MetLife envíe el pago directamente al dentista. Si no se firma la cesión de beneficios, MetLife enviará el pago al beneficiario, quien será responsable de pagar al dentista.

Cirugía bucal y maxilofacial

Servicios relacionados con el tratamiento de enfermedades, lesiones, deformidades, defectos y aspectos estéticos de las zonas bucal y maxilofacial.

Cirugía ósea

Cirugía relacionada con una enfermedad periodontal.

Códigos de procedimiento

Códigos utilizados para identificar y definir servicios dentales específicos.

Coordinación de beneficios

Reglas que determinan qué plan paga los beneficios en primer lugar y qué plan los paga en segundo lugar.

Coordinador de asistencia y asesoría al beneficiario (BCAC)

Empleado militar o gubernamental que generalmente se encuentra en un centro militar de tratamiento y puede ocuparse de inquietudes o problemas relacionados con la salud.

Corona

Funda de porcelana o de oro que se emplea para cubrir un diente cariado, dañado, quebradizo o pigmentado.

Costos compartidos

Monto que debe pagar el patrocinador, beneficiario, paciente o familiar por los servicios prestados.

Dentadura

Conjunto removible de piezas dentales artificiales. Las prótesis dentales pueden ser parciales, es decir, que reemplazan solamente una sección de dientes, o completas, que reemplazan toda la sección superior o inferior de dientes.

Dentista asesor de MetLife

Dentista contratado por MetLife para revisar los documentos de presentación de reclamaciones, las solicitudes de determinaciones previas y las apelaciones.

Dentista autorizado

Dentista (*doctor en cirugía dental [DDS] o doctor en medicina dental [DMD]*) o higienista dental con licencia que presta servicios dentro del ámbito de su licencia o matrícula y que no ha sido excluido o suspendido de la prestación de servicios conforme al TDP.

Dentista del Programa de Dentistas Preferidos (PDP)

Dentista autorizado que ha firmado un acuerdo de participación con MetLife y que acuerda aceptar el cargo permitido determinado por MetLife como pago total por los servicios cubiertos. Los dentistas participantes aceptan prestar servicios a quienes participan en los planes dentales de MetLife a tarifas que, generalmente, son entre un 10 por ciento y un 35 por ciento menores que los cargos promedio que se cobran en sus comunidades. Los beneficiarios del TDP que deciden visitar a un

dentista del PDP pueden aumentar el valor de su plan de beneficios debido a los cargos más bajos.

Dentista preferido del área de servicio OCONUS de TRICARE (TOPD)

Los TOPD se encuentran en ubicaciones OCONUS selectas que han firmado un acuerdo con MetLife para facturar directamente a MetLife por la parte de la factura que corresponde al TDP, brindar servicios en inglés y utilizar prácticas adecuadas de esterilización. Los TOPD están a disposición de los beneficiarios para su comodidad. Los beneficiarios pueden consultar al proveedor dental autorizado y con licencia de su elección.

Dentista que no pertenece a la red

Dentista que no ha firmado un acuerdo de participación con MetLife.

Determinación previa (Estimación de beneficios dentales)

Estimación por escrito proporcionada por MetLife en respuesta a una solicitud de estimación de cobertura para servicios dentales futuros realizada por un dentista o un beneficiario.

Disfunción de la articulación temporomandibular (TMD)

La TMD es una inflamación crónica o aguda de la articulación temporomandibular, es decir, las “bisagras” entre el maxilar inferior y los huesos de la cabeza o el cráneo.

Documento de autorización de inscripción en el TDP

El *documento de autorización de inscripción en el TDP* se utiliza para inscribirse en el TDP, agregar familiares a una póliza o quitarlos de ella, cancelar una póliza, y actualizar las direcciones y los números de teléfono de los miembros. El documento debe ser presentado por el patrocinador de los servicios uniformados o por un apoderado.

Documento de presentación de reclamaciones

Documento utilizado para presentar una reclamación o solicitar una determinación previa. Si la fecha del servicio se deja en blanco, el documento de presentación de reclamaciones se considera una solicitud de determinación previa.

Elegibilidad

Reglas estipuladas por el gobierno para determinar quiénes son los beneficiarios que pueden inscribirse en el TDP.

Empaste

Restauración de estructuras dentales perdidas con amalgama, metal, porcelana o resina compuesta. Se utiliza como parte del tratamiento de las caries.

Estimación de beneficios dentales (determinación previa)

Estimación por escrito proporcionada por MetLife en respuesta a una solicitud de estimación de cobertura para servicios dentales futuros realizada por un dentista o un beneficiario.

Estudiante

Beneficiario de hasta 23 años de edad inscrito en un plan de estudios de tiempo completo en una institución de educación superior acreditada a quien el patrocinador le proporciona más del 50 por ciento del apoyo financiero.

Examen

Evaluación que puede ser un control inicial (*evaluación bucal integral*) o un control periódico del estado bucal.

Examen bucal

Evaluación inicial o control periódico del estado de la boca.

Exclusión

Servicio que no está cubierto por el plan de beneficios dentales.

Exclusión de endodoncia

Tratamiento de enfermedades de la pulpa dental (*nunca tejido*) o de lesiones que afectan la punta de la raíz o el nervio del diente (*ápice*). El procedimiento más común es el tratamiento de conducto.

Explicación de los beneficios dentales (DEOB)

Aviso generado por computadora que se envía por correo a los beneficiarios y dentistas con una explicación de las determinaciones de beneficios

(*por ejemplo, tipo de servicio recibido, cargo permitido, monto facturado y monto a pagar a cargo de MetLife*).

Formulario de derivación por falta de disponibilidad (NARF)

Un *NARF* es un formulario del área de servicio OCONUS utilizado por una Oficina de Área de TRICARE, un centro de tratamiento dental de los servicios uniformados en el extranjero o los puntos de contacto designados de OCONUS antes del comienzo de un tratamiento de ortodoncia.

Gingivectomía

Escisión o extracción de la encía (*tejidos blandos que recubren las coronas de piezas dentales no erupcionadas y rodean el cuello de las que han erupcionado*).

Guardia Nacional y Reserva

La Guardia Nacional y la Reserva incluyen a los miembros de la Guardia Nacional del Ejército, la Reserva del Ejército, la Reserva de la Marina, la Reserva del Cuerpo de Infantería de Marina, la Guardia Nacional Aérea, la Reserva de las Fuerzas Aéreas y la Reserva de la Guardia Costera de Estados Unidos.

Implante

Dispositivo diseñado especialmente para su colocación quirúrgica dentro del hueso maxilar o mandibular, o sobre este, para reemplazar una pieza dental.

Incrustación y recubrimiento cuspeideo

Aleación de oro fundido o porcelana hecha a medida que se cementa en una cavidad previamente preparada en el diente. Alternativa más resistente y duradera que la amalgama o el empaste de resina compuesta.

Inscrito

Beneficiario (*miembro*) inscrito en el TDP.

Integral

Procedimiento que se considera necesario como parte de otro procedimiento facturable y, por lo tanto, no es elegible para que se considere su pago a través del TDP.

Máximo

Monto total en dólares por beneficiario que se debe pagar conforme al TDP. El máximo anual es de \$1,300 para todos los servicios, a excepción del tratamiento de ortodoncia, que tiene un máximo de por vida de \$1,750. Si se necesita atención dental por accidente, se otorga un máximo adicional de \$1,200.

MetLife

Administrador y asegurador del TDP.

Miembro (beneficiario)

El miembro (*beneficiario*) es una persona elegible para inscribirse en el TDP. Según el estado del patrocinador, esta persona puede ser un patrocinador, un familiar o un sobreviviente.

Oclusión

Contacto entre los dientes del maxilar superior y del maxilar inferior en posición de descanso, generalmente llamado “mordida”.

Oficina de Área de TRICARE (TAO)

Las TAO se encuentran en ciertas áreas del extranjero para asistir a los beneficiarios que viven en el extranjero o que viajan fuera del país. Una TAO completa los formularios de derivación por falta de disponibilidad para el tratamiento de ortodoncia en áreas de servicio OCONUS y presenta las reclamaciones de reembolsos a MetLife en nombre de los beneficiarios.

Otra categoría que no sea de movilización especial (Reserva Individual Preparada)

La mayoría de las personas de la Reserva Individual Preparada se encuentran en esta categoría. Generalmente, estos miembros están entrenados y han servido anteriormente en el servicio activo o en la Reserva Selecta de la Reserva Preparada. Los miembros de esta categoría también incluyen personas no entrenadas, el personal que participa en programas de entrenamiento para oficiales y el personal que espera el servicio activo inicial.

Otros seguros dentales

Cobertura adicional al TDP que se obtiene a través de un empleador, una asociación o un asegurador privado. Consulte “Coordinación de beneficios” en este glosario.

Patrocinador

Miembro de los servicios uniformados sobre quien se basa la elegibilidad en el TDP.

Patrocinio del comando

Patrocinio del comando se refiere a un privilegio otorgado por el comandante para que los familiares del miembro en servicio puedan acompañar al miembro en servicio.

Período de bloqueo

Si no paga las primas mensuales, se le prohibirá reinscribirse en el TDP durante los 12 meses posteriores al último mes en que se pagaron las primas.

Período de permanencia obligatoria

Período de inscripción inicial de 12 meses durante el que los beneficiarios deben permanecer inscritos en el TDP.

Prima

Monto que cobra un asegurador a cambio de su promesa de proporcionar un beneficio de la póliza cuando se produce una pérdida específica.

Procedimiento de informes suplementarios

Procedimiento que se realiza en circunstancias que requieren documentación o justificación escrita por parte del dentista tratante.

Profilaxis

Limpieza y retiro de placa, manchas y sarro de los dientes, realizados por un dentista o un higienista dental. Lo ideal es realizarla cada seis meses, como mínimo. También se la denomina “limpieza dental”.

Programa Dental TRICARE (TDP)

Plan dental ofrecido por el Departamento de Defensa a través de TRICARE Management Activity y administrado por MetLife.

Programa Dental TRICARE para Jubilados (TRDP)

El TRDP ofrece atención dental para los miembros de los servicios uniformados que tienen derecho a una jubilación, los miembros de la Reserva Inactiva menores de 60 años, las personas que han recibido la Medalla de Honor del Congreso, los cónyuges sobrevivientes que no han vuelto a contraer matrimonio y otros familiares elegibles determinados.

Prótesis dental

Aparato fijo o removible que reemplaza las piezas dentales faltantes. Ejemplos: puentes, prótesis dentales, prótesis parciales.

Proveedor

Los proveedores incluyen dentistas con capacidad legal de ejercer la odontología, ciertos higienistas dentales certificados con autorización legal para prestar servicios dentales específicos, anestesiólogos y enfermeros registrados y certificados especialistas en anestesia.

Proveedor autorizado

Todo proveedor plenamente autorizado y con licencia para ofrecer atención dental o beneficios de anestesia cubiertos en el estado en el que se encuentra, incluidos los dentistas y enfermeros matriculados con certificación en anestesia. También incluye a los higienistas dentales que ejercen dentro del ámbito de su certificación, sujetos a las restricciones que imponga un organismo de licencia o legislación estatal en relación con su condición de proveedores de atención independientes. Los dentistas actualmente sancionados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos no son proveedores autorizados conforme al Programa de Dentistas Preferidos.

Puente

Prótesis (*dentadura postiza*) de uno o más dientes que se coloca entre dos dientes naturales para reemplazar las piezas dentales perdidas o faltantes.

Pulpotomía

Extracción de una parte de la pulpa, incluida la porción enferma, con el propósito de mantener la vitalidad de la parte restante del tejido pulpar mediante un apósito terapéutico.

Radiografía

Radiación utilizada con fines de diagnóstico para tomar imágenes del tejido óseo del diente por encima y por debajo de la línea de la encía.

Reclamación

Solicitud de pago por servicios prestados.

Reconsideración

Primer nivel del proceso de apelaciones. La reconsideración permite a los beneficiarios y los dentistas solicitar una revisión distinta de la determinación inicial de pago, a fin de evaluar si la decisión inicial de pago fue correcta.

Reserva Individual Preparada (IRR)

La IRR está compuesta por los miembros de la Reserva Preparada que no se encuentran en la Reserva Selecta ni en la Guardia Nacional Inactiva. Consulte “Otra categoría que no sea de movilización especial” y “Categoría de movilización especial” en este glosario.

Reserva Preparada

La Reserva Preparada está compuesta por la Guardia Nacional y la Reserva, organizada en unidades o como individuos. La Reserva Preparada consiste en la Reserva Selecta, la Reserva Individual Preparada y la Guardia Nacional Inactiva.

Reserva Selecta de la Reserva Preparada

Los miembros de la Reserva Selecta son designados como esenciales para las misiones iniciales en tiempos de guerra y tienen prioridad sobre todas las demás reservas. Todos los miembros de la Reserva Selecta se encuentran en estado activo.

Resina

Tipo de material de restauración dental formado por partes separadas o dispares.

Sellador

Material resinoso que se aplica a las superficies oclusales de los dientes posteriores para evitar las caries oclusales.

Separador

Aparato fijo o removible que se utiliza para conservar el espacio creado por la pérdida prematura de un diente.

Servicios de diagnóstico

Servicios empleados para evaluar un pronóstico dental. Algunos ejemplos son los modelos de yeso o piedra de piezas dentales o las radiografías.

Servicios de ortodoncia

Servicios relacionados con el tratamiento de los dientes con respecto a las funciones de la oclusión y el habla.

Servicios periodontales

Servicios relacionados con el tratamiento de enfermedades de los tejidos de soporte y los tejidos que rodean los dientes.

Servicios de prostodoncia

Colocación o mantenimiento de dientes artificiales, fijos o removibles, realizado por un profesional.

Servicios uniformados

Los servicios uniformados incluyen la Fuerza Aérea de Estados Unidos, el Ejército de Estados Unidos, la Marina de Estados Unidos, el Cuerpo de Infantería de Marina de Estados Unidos, la Guardia Costera de Estados Unidos, los Cuerpos Comisionados de la Administración Nacional Oceánica y Atmosférica, y el Servicio de Salud Pública de Estados Unidos.

Sistema de informes de elegibilidad de inscripción de la Defensa (DEERS)

El DEERS del Departamento de Defensa es el depósito centralizado de datos del personal y de los beneficios de atención de la salud proporcionados a los miembros de los servicios uniformados. Este sistema es un componente funcional del Centro de Datos del Personal de Defensa.

Tratamiento con flúor

Aplicación de flúor (*en forma de líquido, pasta, espuma o comprimido*) para fortalecer el esmalte dental. Se utiliza para prevenir las caries dentales. Por lo general, solamente se cubre para niños dependientes.

Tratamiento de conducto

Procedimiento utilizado para salvar un diente con absceso mediante el cual la cámara pulpar se limpia, se desinfecta y se rellena con un empaste permanente.

Tratamiento de ortodoncia en curso

Tratamiento de ortodoncia que comenzó antes de que el paciente se inscribiera en el TDP administrado por MetLife.

TRICARE Management Activity (TMA)

Oficina gubernamental responsable de supervisar el contrato del TDP.

Unidad de Investigaciones Especiales (SIU)

Departamento de MetLife encargado de investigar fraudes y abusos, donde se pueden informar sospechas de fraude si un beneficiario considera que un dentista o una entidad recibieron dinero del seguro mediante la presentación de una reclamación falsa.

Declaración sobre la Ley de Privacidad

Esta declaración le informa el propósito de la recopilación de la información personal requerida por el Programa Dental TRICARE (TDP) y la forma en que se la utilizará.	
AUTORIDAD:	Título 10 del Código de Estados Unidos (USC), Capítulo 55: Atención médica y dental; Título 32 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR), Parte 199.13, Programa Dental TRICARE; Título 38 del USC, Parte 1781, Atención médica para sobrevivientes y dependientes de ciertos veteranos; y Decreto Ejecutivo 9397 (SSN) y sus enmiendas.
OBJETIVO:	Obtener información de una persona a fin de permitir la inscripción, el procesamiento de reclamaciones y el servicio de atención al cliente de personas elegibles para recibir los beneficios del Programa Dental TRICARE.
USOS DE RUTINA:	En general, la información recopilada puede emplearse y divulgarse según lo permiten las Partes 160 y 164 del Título 45 del CFR, las reglas de privacidad y seguridad de la HIPAA, conforme a lo implementado por la Norma de Privacidad sobre Información Médica (<i>Health Information Privacy Regulation</i>) del DoD., DoD 6025.18-R. Además de las divulgaciones generalmente permitidas conforme al Título 5 del USC, Parte 552a (b) de la Ley de Privacidad (<i>Privacy Act</i>) de 1974, a esta recopilación se aplican los “usos de rutina generales” del DoD, conforme al Título 5 del USC, Parte 552a (b) (3). La información obtenida con este sistema puede compartirse con organismos gubernamentales federales, estatales, locales o extranjeros y con entidades comerciales privadas, incluidos los proveedores individuales de atención, en relación con la elegibilidad, el valor y el pago de reclamaciones, el fraude, el abuso del programa, la revisión de utilización, el control de calidad, la revisión de expertos, la integridad del programa, la responsabilidad de terceros, la coordinación de beneficios y los pleitos civiles y penales.
DIVULGACIÓN:	Voluntaria. Si usted decide no proporcionar su información, no se puede imponer sanción alguna, pero la ausencia de la información solicitada puede ocasionar demoras administrativas o la denegación de los beneficios.

Lista de cuadros

Cuadro 2.1	Cancelación de la inscripción antes de completar el período de inscripción inicial de 12 meses	9
Cuadro 2.2	Situaciones de cambio o cancelación de la inscripción	10
Cuadro 2.3	Situaciones de fin de la elegibilidad.....	11
Cuadro 3.1	Estado de la cobertura al momento de la activación y la desactivación de miembros de la Guardia Nacional y la Reserva	14
Cuadro 5.1	Porcentajes de las primas de beneficiarios del TDP	17
Cuadro 5.2	Tabla de resumen de los costos compartidos del beneficiario.....	19
Cuadro 6.1	Códigos de servicios de diagnóstico	22
Cuadro 6.2	Códigos de servicios preventivos	25
Cuadro 6.3	Códigos de selladores	26
Cuadro 6.4	Códigos de servicios de restauración	26
Cuadro 6.5	Códigos de otros servicios de restauración	28
Cuadro 6.6	Códigos de servicios de endodoncia	31
Cuadro 6.7	Códigos de servicios periodontales.....	33
Cuadro 6.8	Códigos de servicios de prostodoncia removible	36
Cuadro 6.9	Códigos de servicios de prostodoncia fija	37
Cuadro 6.10	Códigos de servicios de implantes	40
Cuadro 6.11	Códigos de servicios de cirugía bucal y maxilofacial.....	41
Cuadro 6.12	Códigos de servicios de emergencia	43
Cuadro 6.13	Códigos de servicios de anestesia general	43
Cuadro 6.14	Códigos de servicios de sedación intravenosa	44
Cuadro 6.15	Códigos de servicios de consulta	44
Cuadro 6.16	Códigos de servicios de visita al consultorio	44
Cuadro 6.17	Códigos de servicios de medicamentos	44
Cuadro 6.18	Códigos de servicios posquirúrgicos	44
Cuadro 6.19	Códigos de servicios varios	44
Cuadro 7.1	Códigos de servicios de moldes de diagnóstico	49
Cuadro 7.2	Códigos de servicios cubiertos.....	49
Cuadro 8.1	La comprensión de la explicación de los beneficios dentales.....	57
Cuadro 8.2	Primer ejemplo de coordinación de beneficios	59
Cuadro 8.3	Segundo ejemplo de coordinación de beneficios	59
Cuadro 8.4	Tercer ejemplo de coordinación de beneficios	60

Índice

A

Abrasión, 30
Abrir y drenar, 36
Absceso, 48, 49, 54, 78
Absceso dental, 36
Abuso, 70, 80
Acondicionamiento de tejido, 41, 44
Activación, 10, 15, 16
Adhesivos dentinarios, 30
Administración de Seguridad y Salud Ocupacional, 23
Administración Nacional Oceánica y Atmosférica, 5, 79
Agentes de detección, 30
Ajustes, 30, 44, 49, 56, 63
Alargamiento de corona clínica, 37
Alisado radicular, 23, 28, 37, 38, 39
Aloinjerto de tejido blando, 37
Alveoloplastia, 48, 49
Amalgama, 29, 30, 33, 34, 72, 74, 75
Amputación radicular, 35
Analgésia, 50, 52
Anestesia, 51, 54, 72, 77
Anestesia general, 50, 51, 52, 54, 74
Anestesia local, 23, 30
Anquiloglosia, 54
Año del plan, 20, 23, 67, 77
Aparatos, 44, 53, 55, 56
Apelación, 23, 67, 68, 69, 72, 85
Apexificación, 34, 35, 36
Apicectomía/cirugía perirradicular, 35
Arco desdentado 40, 41
Asignación, 17, 26, 30, 33, 35, 36, 38, 39, 44, 52, 55, 56, 57, 60, 64, 65, 72
Asociación Dental Estadounidense (ADA), 72
Atención dental complementaria, 23, 54, 72
Atención dental sujeta a disponibilidad, 10
Atención posoperatoria, 49
Avulsión dental 41

B

Bandas, 56, 57, 58, 60
Barrera no reabsorbible, 37
Barrera reabsorbible, 37
Beneficio alternativo, 33, 44, 52
Beneficio cubierto, 26, 28, 29, 33, 36, 44, 56
Beneficio máximo, 20, 57
Beneficio máximo anual, 20, 25
Beneficio médico de TRICARE, 54, 72

Bicúspide, 34, 35
Bicúspides 32
Bicúspides de leche, 35
Biopsia, 48, 49
Blanqueamiento, 51, 52
Borrar a un miembro de la familia, 5

C

Cables y tablillas, 49
Calidad de atención, 97
Cambio de ortodoncista, 59
Cambio permanente de estación (PCS), 26, 44, 77
Cancelación, 1, 7, 9, 10, 12, 13, 33, 45, 53
Cancelar la inscripción, 7, 9, 10, 11
Cargo permitido, 20, 23, 62, 67, 72, 74, 77
Caries, 25, 27, 28, 30, 33, 74, 78
Carilla, 32
Carilla labial, 32, 33
Carta de apelación, 68, 69
Categoría de movilización especial, 10, 11, 13, 18, 75, 78
Celulitis, 54
Cementación, 24, 32, 44
Centro de Servicio TRICARE (TSC), 79
Centro de tratamiento dental (DTF), 74
Centro de tratamiento dental para los servicios uniformados en el extranjero (ODTF), 76
Centro Financiero para los Servicios Uniformados, 19
Centro militar de tratamiento (MTF), 6, 75
Cesión de beneficios, 17, 18, 61, 72
Cierre apical/reparación calcificante de perforaciones, 34, 35
Cirugía, 21
Cirugía mucogingival, 28
Cirugía ósea, 23, 28, 37, 38, 39, 76
Cirugía periodontal, 28, 49
Código de procedimiento, 23, 61, 63
Colgajo mucoperióstico, 47
Compañía de seguros principal, 64, 65
Compañía de seguros secundaria, 64
Compuesta, 29, 30, 31, 33, 34, 72, 74, 75, 77
CONUS, 2
Cónyuge, 5
Coordinación de beneficios, 63, 64, 65, 73, 76, 80, 81
Corona, 24, 29, 30, 31, 32, 33, 36, 38, 43, 44, 45, 46, 47, 60, 65, 73, 74
Corona de metal, 45
Corona permanente, 30

Corona temporal, 32
Costos 17, 18, 19, 20, 21, 22, 53, 55, 57, 58, 59, 60,
62, 63, 65, 66, 67, 68, 73, 81
Costos compartidos, 17, 18, 20, 21, 22, 27, 28, 38, 39,
47, 55, 57, 58, 60, 62, 63, 65, 66, 67, 70, 73, 81
Costos hospitalarios, 53
Cuenta de nómina, 8, 19

D

De bloqueo, 7, 10, 75
Defectos, 30, 34, 36, 38, 76
Defectos infraóseos, 38
Defectos periodontales, 38
Dentista asesor de MetLife, 68, 75
Dentista autorizado, 60, 66, 67, 72, 77
Dentista civil, 17
Dentista preferido del área de servicio OCONUS
de TRICARE (TOPD), 79
Dentista que no pertenece a la red, 17, 18, 57, 60,
61, 67, 68, 76
Dentistas de OCONUS – 66, 69
Departamento de Defensa (DoD) – 66
Derivación, 18, 59, 71, 76, 75
Desactivación/desactivado 11, 13, 14, 75
Desalineación de los dientes, 53
Desbridamiento, 34, 36, 37, 39
Desbridamiento de toda la boca, 37, 39
Desbridamiento pulpar, 34, 36
Desfiguración, 33
Desgaste, 30
Determinación, 17, 18, 23, 24, 30, 32, 36, 52, 57,
59, 60, 67, 68, 73, 77, 78, 92
Determinación de beneficios, 23, 24, 30,
32, 36, 44
Determinación inicial, 67, 68, 78
Diagnóstico, 20, 21, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 32,
33, 37, 38, 39, 44, 49, 50, 52, 53, 54, 55, 56,
57, 74, 79, 81
Diente de leche, 29, 30, 34
Diente erupcionado, 47, 49
Diente fracturado, 30, 32, 33
Diente no erupcionado, 48
Diente permanente, 28, 29, 34, 35
Diente retenido, 47, 48, 49
Diente temporal, 47
Dientes faltantes, 40
Dientes incisivos de leche, 35
Dientes pigmentados, 52
Dientes premolares 28, 42
Disfunción de la articulación temporomandibular
(TMD), 27, 78

Divorcio, 5, 9, 13
Documentación, 5, 7, 24, 26, 33, 44, 49, 68, 73
Documento de autorización de inscripción en el
TDP, 7, 8, 9, 78
Documento de presentación de reclamaciones,
17, 18, 28, 39, 59, 60, 61, 72, 73
Documentos de respaldo, 60, 68, 69
Dolor agudo, 36

E

El óxido nitroso, 53
Elevación, 47
Emergencia, 8, 36, 50, 51, 52, 56, 81, 96
Empaste reabsorbible, 34, 35
Empaste retrógrado, 35
Encía pericoronar, 49
Endodoncia, 21, 24, 32, 34, 35, 36, 38, 52, 74, 81
Estabilización, 47, 49
Estándares aceptados de la práctica dental, 23, 53
Estéticos, 30, 76, 53, 33
Evaluación bucal, 24, 45, 26, 39, 52, 74
Evaluación de preparación dental, 15
Evaluación integral 23
Examen dental anual, 15
Examen inicial, 59
Exámenes bucales de rutina, 23
Exclusión, 53, 69, 74
Excónyuges, 6
Exostosis, 48
Explicación de los beneficios dentales (DEOB),
61, 62, 73
Extirpación de un quiste, 38
Extrabucal, 25, 54
Extracción, 28, 35, 37, 38, 47, 48, 49, 54, 74, 77
Extracción de la membrana, 37
Extracción quirúrgica, 47, 49

F

Facturación alternativa, 56
Fallecimiento, 9, 13, 93
Familiar de los miembros de la Guardia Nacional, 6
Familiar de los miembros de la Reserva 12, 17, 72, 73
Familiar de miembro en servicio activo (ADFM)
5, 6, 66
Fármacos administrados por vía parenteral 44
Fármacos terapéuticos, 51, 52
Fecha límite para la presentación de una
reclamación, 60, 61
Fibrotomía, 48, 49
Fibrotomía supracrestal, 48
Fibrotomía transeptal, 48
Fístula oroantral, 47

Flúor, 23, 27, 28, 52, 74
Formulario DD 2813, 15
Formulario de derivación por falta de
disponibilidad (NARF), 18, 76
Formulario de designación del representante para
la apelación, 67
Formulario del examen dental para las fuerzas
en servicio activo o de la Reserva del
Departamento de Defensa (formulario DD
2813), 15

Forros cavitarios, 30
Fractura, 30, 33
Fraude y abuso, 67, 69, 70, 78, 97
Frenectomía, 49
Frenilectomía, 49
Frenotomía, 49
Frenuloplastia, 49
Fundamento específico del paciente, 25, 26
Fundido, 31, 32, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 75
Furcación tipo II, 38

G

Gingivectomía, 28, 36, 38, 39, 74
Gingivoplastia, 28, 36, 38, 39
Grabado ácido, 30
Grado de pago, 20
Guardas oclusales, 52

H

Hemisección, 35, 38
Higienista dental, 53, 72, 77
Hijastro, 5, 9
Hijos adoptados/adopción 4, 8

I

Implante, 38, 39, 45, 46, 47, 49
Implante endóstico, 45
Implante transóseo, 45
Impresiones, 32
Incisión, 48, 49
Incrustación, 42, 75
Indicaciones para la higiene bucal, 53
Inflamación gingival, 28
Injerto de tejido blando, 37, 38
Injerto libre de tejido blando, 37
Injertos de tejido conectivo subepitelial, 38
Injertos óseos 35, 36, 42, 43
Injertos óseos, 38, 39, 48, 49
Inscripción familiar, 6
Interproximal, 23, 25, 26
Interproximales verticales, 26
Intrabucal, 25, 48, 49

Irregularidades cóncavas, 33
Jubilación/jubilado 5, 11, 66, 72

L

La sedación oral, 53
Labio leporino, 54
Lesión, 5, 20, 30, 53, 54, 72
Lesión accidental, 30, 54
Límite, 9, 13, 22, 23, 24, 28, 33, 44, 55, 56, 58,
60, 61, 72, 94
Línea directa para fraude, 97
Los dentistas participantes, 15, 67, 77

M

Mandibular, 39, 40, 41, 44, 48, 54, 75
Mantenimiento periodontal, 28, 37, 39
Matrimonio, 5, 9, 64, 79
Maxilar, 39, 40, 41, 44, 47, 48, 54, 75, 76, 78
Máximo, 13, 20, 23, 25, 27, 38, 39, 47, 55, 56, 57,
59, 63, 67, 71, 75, 77
Máximo de por vida, 20, 56, 57, 59, 67, 71, 75
Máximo de por vida para ortodoncia (OLM), 20, 56
Máximos de OCONUS 18
Medicamentos, 36, 50, 51, 81
Metal base, 44
Metal fundido, 32, 40, 42, 44, 45, 46
Metal muy noble, 31, 32, 41, 42, 43, 45, 46
Metal noble, 31, 32, 42, 43, 45
Métodos alternativos de tratamiento, 52
Miembro de la Guardia Nacional, 5, 10, 11, 15
Miembro de la Reserva, 11
Miembro en servicio activo (ADSM) 4-7, 9, 10, 66
Molar, 28, 30, 34, 35, 49
Moldes de diagnóstico, 29, 32, 44, 55, 81
Moneda extranjera, 61, 62, 63

N

Neoplasmas, 54
Notificación de estimación de beneficios dentales, 60
Nuevo tratamiento, 34, 36
Número de beneficios del Departamento de
Defensa (DBN), 60
Número de Seguro Social (SSN), 60

O

Obstrucción del conducto radicular, 36
Oclusión, 53, 76
OCONUS, 1, 2, 4, 7, 8, 10, 18, 20, 21, 23, 24, 49,
55, 57, 58, 59, 61, 62, 63, 66, 68, 69, 71, 76,
78, 79, 97
Oficina de Apoyo del Centro de Datos del
Personal de Defensa, 5, 97

Oficina de Área de TRICARE (TAO), 58, 78
Oficina de personal de los servicios uniformados, 8
Ordenes de servicio activo 4, 9, 13, 23
Ortodoncista, 18, 57, 58, 59
Osteítis, 54
Otros seguros dentales, 76
Otros servicios de restauración, 24, 31, 32, 81

P

Padre o madre, 64
Pago inicial de la prima, 7, 8
Pagos de reclamaciones, 60, 61
Paladar hendido, 54
Patrocinador de la Guardia Nacional, 6, 7, 10, 15
Patrocinador de la Reserva, 11
Patrocinio del comando, 20, 58, 66, 73
Pérdida de la elegibilidad, 13, 58
Perforación, 34, 36, 47
Perforación del seno maxilar 47
Periapicales, 26
Período de inscripción mínimo, 7, 16
Permanencia obligatoria, 11, 12, 75
Perno preformado, 36
Perno y muñón, 30, 32, 33, 43, 44
Personal militar extranjero, 6
Pilar, 45, 46, 47
Plan de tratamiento, 24, 55, 56, 57, 58, 60
Plan familiar, 6, 7, 15
Plan individual, 6, 7, 16
Poder, 1, 8, 9, 71, 78
Política médica de TRICARE, 23
Políticas generales, 23, 92
Póntico, 41, 42
Porcelana fabricada en el laboratorio, 33
Preparación del conducto, 36
Preparación dental, 15, 55
Presencia de caries, 30, 33
Prima, 1, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 23, 60, 75, 77, 81
Procedimiento de colgajo gingival, 28, 37, 38
Procedimiento de finalización de caso 31, 32, 50
Procedimiento quirúrgico 38, 39
Procedimientos de control de infecciones, 23
Profilaxis, 23, 27, 28, 39, 77
Profilaxis de rutina, 28, 39
Programa Dental TRICARE para Jubilados (TRDP), 13, 79
Programas de control de placa, 53
Prostodoncia, 21, 24, 39, 41, 43, 44, 60, 77, 81
Protector bucal, 21
Protector bucal deportivo, 21, 51

Prótesis, 23, 24, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 53, 54, 71, 73, 74, 77
Prótesis dental, 23, 24, 33, 39, 40, 41, 43, 44, 45, 46, 47, 71, 77
Prótesis dental 21,30, 36-41,66, 69, 72
Prótesis dental parcial fija, 24, 43, 46, 47
Prótesis dental parcial o fija (FPD) 40-41, 66
Prótesis dental removible, 45
Prótesis fija, 24, 42, 44
Prótesis removibles, 24, 44, 45
Proveedor, 7, 17, 33, 44, 51, 54, 59, 61, 64, 70, 72, 77, 79, 80, 92, 96, 97
Proveedor autorizado del Programa Dental TRICARE (TDP) 65,72
Pruebas de vitalidad pulpar, 27
Puentes, 24, 77
Puentes fijos, 24
Pulido, 28, 30
Pulpotomía, 34, 35, 36, 77

Q

Quejas, 67, 69, 94, 96

R

Radicular, 23, 28, 34, 35, 36, 37, 38, 39
Radiografía, 23, 24, 25, 26, 27, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 43, 46, 47, 51, 52, 53, 68, 74
Radiografía cefalométrica, 25, 27
Radiografías panorámicas, 26
Radioterapia, 54
Raíces dentales residuales, 47
Raíz expuesta, 47
Raspado, 23, 28, 37, 38, 39
Reabsorción radicular, 34, 35
Rebasado, 23, 40, 44
Recementación, 27, 32, 33, 43, 44, 46, 47, 56
Reclamación, 17, 24, 25, 38, 47, 57, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 68, 70, 73, 78, 92, 93
Reclamaciones de CONUS
Reclamaciones OCONUS
Reconsideración, 67, 68, 72, 77, 78
Reconstrucción, 30, 32, 33, 36, 43, 44
Reconstrucción de muñón, 32, 33, 43
Recubrimiento cuspídeo, 30, 31, 32, 33, 42, 43, 75
Recubrimiento de la pulpa, 34
Recubrimiento indirecto de la pulpa, 35
Reembolso, 17, 44, 59, 61, 78
Reemplazo, 8, 24, 30, 33, 35, 36, 37, 38, 40, 44, 45, 47, 54, 56
Regeneración guiada de tejidos, 37, 38, 39
Regeneración pulpar, 34, 35, 36

Registros dentales, 66
Regla de cumpleaños, 63, 64
Regla de géneros, 64
Rehabilitación de toda la boca, 53
Reimplante, 47, 49
Reinscribirse, 11, 12, 75
Remodelado óseo, 39
Reparación, 28, 30, 36, 47, 56
Reserva a la Reserva Disponible, 10
Reserva Inactiva, 10, 79
Reserva Individual Preparada (IRR), 5, 75
Reserva Selecta, 5, 10, 11, 12, 13, 18, 19, 20, 21, 58, 75, 76, 77, 78
Resina, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 39, 40, 42, 74, 75, 78
Responsabilidad, 2, 23, 53, 56, 58, 59, 71, 80, 92, 93
Restauración, 21, 24, 47, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 44, 53, 54, 64, 65, 74, 78, 81
Restauración básica, 21
Restauración de amalgama, 30, 34
Restauración de la resina 27, 31
Restauración preventiva de resina, 28, 30
Restauraciones de una sola corona permanente, 32
Restauraciones sedantes, 29
Restos de corona, 47
Retención, 29, 33, 46, 56
Retención con clavillos, 29
Retenedor, 42, 43, 45, 46, 56
Retiro con pinzas, 47
Revestimiento, 23, 35, 41, 44
Revisión formal, 67, 68, 69
Revisión quirúrgica, 39

S

Se requiere informe, 24, 25, 32, 35, 43, 46, 48, 49, 50, 51, 56
Sedación, 50, 51, 52, 53, 81
Sedación intravenosa, 50, 81
Sellador, 21, 22, 24, 28, 30, 78, 81
Separador, 22, 27, 28, 78
Servicio de Salud Pública de Estados Unidos, 5, 79
Servicios de cirugía bucal y maxilofacial, 47, 49, 60, 81
Servicios de diagnóstico, 20, 23, 24, 25, 52, 56, 57, 74, 81
Servicios de ortodoncia, 49, 55, 56, 57, 58, 59, 61, 62, 76
Servicios de restauración, 24, 29, 30, 31, 32, 81
Servicios generales, 49, 51

Servicios no cubiertos, 52, 62, 69
Servicios periodontales, 23, 36, 38, 76, 81
Servicios preventivos, 20, 27, 28, 81
Síndrome de disfunción por dolor miofascial, 54
Sistema de informes de elegibilidad de inscripción de la Defensa (DEERS), 5, 73
Sobrevivientes, 13, 14, 19, 79, 80
Suegros, 6
Superficies, 29, 30, 31, 34, 42, 43, 78
Sutura, 48, 49

T

Tablillas, 49, 83
Tarifa del PDP, 17, 61, 63
Tarifas, 1, 16, 18, 19, 20, 23, 26, 28, 34, 57, 58, 77
Tarjeta de identificación del TDP, 1, 7, 8
Tejido conectivo, 38
Tejido gingival, 30, 32, 39
Terapia miofuncional, 56
Titanio, 32, 41, 42, 43, 45, 46
Tópico con flúor, 27
Torus mandibular, 48
Torus palatino, 48
Traslado, 10, 26, 33, 44, 66, 77
Tratamiento aceptable, 52
Tratamiento de conducto radicular 32, 33
Tratamiento de ortodoncia, 18, 22, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 62, 75, 76, 78
Tratamiento dental para los servicios uniformados no complementario, 54
Tratamiento en curso, 56
Tratamiento paliativo, 36, 50, 51, 52, 56
Tratamiento pulpar, 34, 35
Trauma/traumatismo 47, 48,
Traumatismo dental, 54
Traumatismo dental iatrogénico, 54
TRICARE Management Activity (TMA), 68, 79
Tuberosidad fibrosa, 49
Tuberosidad ósea, 48
Tutelas, 5

U

Una sola restauración, 30
Unidad de Investigaciones Especiales (SIU), 70, 78

V

Ventanas de resina, 29, 30
Veteranos discapacitados, 6
Viajes, 66
Visita al consultorio, 50, 81
Visitas de seguimiento, 49

Aviso de la HIPAA sobre las prácticas de privacidad

EN ESTE AVISO, SE DESCRIBE LA FORMA EN QUE SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y LA FORMA EN QUE USTED PUEDE ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN.

LEA ATENTAMENTE ESTE AVISO.

Estimado cliente dental de MetLife:

El presente es un aviso sobre la privacidad de su información médica emitido por Metropolitan Life Insurance Company (“*MetLife*”). **Lea atentamente este aviso.** Ha recibido este aviso a causa de la cobertura del seguro dental que mantiene con nosotros. MetLife y cada uno de los miembros de la familia de empresas MetLife (*una “Filial”*) creen firmemente en la protección de la confidencialidad y la seguridad de la información que recopilamos sobre usted. En este aviso, se hace referencia a MetLife mediante el uso de los términos “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”.

En este aviso, se describe la forma en que protegemos la información médica protegida que tenemos sobre usted y que se relaciona con su cobertura de seguro dental de MetLife (“*Información médica protegida*”), y la forma en que podemos utilizar y divulgar dicha información. La Información médica protegida incluye información que permite identificarlo individualmente y que se relaciona con su salud, su tratamiento o el pago de servicios de atención médica pasados, presentes o futuros. En este aviso, también se describen sus derechos en relación con la Información médica protegida y la forma en que puede ejercer esos derechos.

La “HIPAA” nos exige que le proporcionemos este aviso. Para obtener más información acerca de nuestra Política de privacidad sobre la información médica de la HIPAA o nuestras políticas generales de privacidad, comuníquese

con nosotros a HIPAAprivacyInst@metlife.com, llame al (908) 253-2706 o escribanos a MetLife, Institutional Business HIPAA Privacy Office, P.O. Box 6896 Bridgewater, NJ 08807-6896.

La ley nos exige lo siguiente:

- mantener la privacidad de su Información médica protegida;
- proporcionarle este aviso sobre nuestras responsabilidades legales y prácticas de privacidad en relación con su Información médica protegida; y
- respetar las cláusulas de este aviso.

Protegemos su Información médica protegida contra el uso o la divulgación inapropiados. Nuestros empleados, y los de las empresas que nos ayudan a ofrecerle el seguro dental MetLife, deben cumplir con nuestros requisitos de protección de la confidencialidad de la Información médica protegida. Solamente pueden acceder a su Información médica protegida cuando existe un motivo apropiado para hacerlo, por ejemplo, administrar nuestros productos o servicios.

No divulgaremos su Información médica protegida a ninguna otra empresa para que la utilice en la comercialización de sus productos. Sin embargo, como se describe a continuación, utilizaremos y divulgaremos su Información médica protegida a los fines comerciales relacionados con la cobertura de su seguro dental.

Los principales motivos por los cuales podemos **utilizar** y divulgar su Información médica protegida son la evaluación y el procesamiento de las solicitudes de cobertura y las reclamaciones de beneficios que usted pueda presentar o en relación con otros servicios o beneficios relacionados con la salud que puedan interesarle. A continuación, se describen estos y otros usos y divulgaciones, con algunos ejemplos.

- **Para realizar pagos:** Podemos utilizar y divulgar Información médica protegida para pagar los beneficios conforme a la cobertura de su seguro dental. Por ejemplo, podemos revisar la Información médica protegida incluida en las reclamaciones para reembolsar a los proveedores por los servicios prestados. También podemos divulgar Información médica protegida a otras compañías de seguros para coordinar los beneficios en relación con una reclamación en particular. Asimismo, podemos divulgar Información médica protegida a un plan de salud o a un administrador de un plan de beneficios de bienestar para empleados a fin de llevar a cabo diversas funciones relacionadas con el pago, como la determinación de la elegibilidad, la auditoría y revisión, o la asistencia para consultas o disputas.
- **Para las operaciones de atención médica:** También podemos utilizar y divulgar Información médica protegida para realizar nuestras operaciones de seguro. Esto incluye la evaluación de una solicitud de productos o servicios del seguro dental, la administración de dichos productos o servicios, y el procesamiento de las transacciones que usted solicita. También podemos divulgar Información médica protegida a las Filiales, y a los socios comerciales que no pertenecen a la familia de empresas MetLife, si necesitan recibir Información médica protegida para prestarnos un servicio y aceptan respetar las reglas específicas de la HIPAA en relación con la protección de la Información médica protegida. Algunos ejemplos de socios comerciales incluyen las empresas de facturación, las empresas de procesamiento de datos o las empresas que ofrecen servicios administrativos generales. Se puede divulgar Información médica protegida a reaseguradoras a los efectos de la contratación de seguros, la auditoría o la revisión de reclamaciones. También se puede divulgar la Información médica protegida como parte de una posible fusión o adquisición en la que participa nuestra empresa, a fin de que se tome una decisión comercial informada sobre dicha transacción eventual.
- **Cuando lo exige la ley o para actividades relacionadas con la salud pública:** Divulgamos Información médica protegida cuando las leyes federales, estatales o locales lo exigen. Algunos ejemplos de esos casos de divulgación obligatoria incluyen la notificación a las autoridades sanitarias locales o estatales sobre

enfermedades contagiosas determinadas, o la entrega de Información médica protegida a un organismo gubernamental o de reglamentación con responsabilidades de supervisión de la atención médica. También podemos divulgar Información médica protegida a un médico forense para ayudar a identificar a una persona fallecida o determinar la causa del fallecimiento.

- **Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad:** Podemos divulgar Información médica protegida para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad de alguna persona. También podemos divulgar Información médica protegida a organismos federales, estatales o locales que participan en actividades de ayuda en caso de desastres, o a organismos privados de asistencia ante desastres, a fin de permitir que dichas entidades cumplan con su deber en situaciones específicas de desastre.
- **Para servicios o beneficios relacionados con la salud:** Podemos utilizar Información médica protegida para informarlo acerca de los beneficios disponibles para usted conforme a su cobertura o póliza actual y, en situaciones limitadas, acerca de productos o servicios relacionados con la salud que podrían interesarle.
- **A los fines del cumplimiento de la ley o de funciones gubernamentales específicas:** Podemos divulgar Información médica protegida en respuesta a una solicitud realizada por un funcionario de cumplimiento legal a través de una orden judicial, una citación judicial, una orden de arresto, un emplazamiento o un proceso similar. Podemos divulgar Información médica protegida sobre usted a funcionarios federales por motivos de inteligencia, contrainteligencia u otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.
- **Cuando se exige como parte de un procedimiento reglamentario o legal:** Si usted o su patrimonio están involucrados en una demanda o una disputa, podemos divulgar Información médica protegida sobre usted en respuesta a una orden administrativa o judicial. Asimismo, podemos divulgar Información médica protegida sobre usted en respuesta a una orden judicial, un pedido de presentación de pruebas u otro proceso judicial efectuados por otra persona que participa en la disputa, pero únicamente si se ha hecho lo posible por informarle a usted acerca de la solicitud o por obtener una orden que proteja la Información médica protegida solicitada. Podemos divulgar Información médica protegida a cualquier

organismo gubernamental o de reglamentación ante el cual usted ha presentado una queja, o como parte de un examen a cargo de un organismo de reglamentación.

- **Otros usos de la Información médica protegida:** Otros usos y divulgaciones de la Información médica protegida que no se incluyen en este aviso, que son permitidos por las leyes y que podrían aplicarse en nuestro caso se realizarán únicamente con su autorización escrita o la de su representante legal. Si nos autorizan a utilizar o divulgar Información médica protegida sobre usted, usted o su representante legal autorizado pueden revocar dicha autorización, por escrito, en cualquier momento, salvo en la medida en que hayamos actuado conforme a la autorización. Debe comprender que no podremos revertir ninguna divulgación que hayamos efectuado con autorización.

Sus derechos en relación con la Información médica protegida que tenemos sobre usted

A continuación, se enumeran sus diversos derechos como consumidor conforme a la HIPAA en relación con su Información médica protegida. Si tiene alguna pregunta acerca de un derecho en particular, escríbanos a la dirección que aparece en el párrafo donde se habla sobre ese derecho.

- **Derecho a revisar y copiar su Información médica protegida:** En la mayoría de los casos, usted tiene derecho a revisar y obtener una copia de la Información médica protegida que tenemos sobre usted. Para revisar y copiar Información médica protegida, debe presentar una solicitud por escrito a la siguiente dirección: *MetLife, P.O. Box 14587, Lexington, KY 40512*. Cuando solicita una copia de su Información médica protegida, es posible que se le cobren los gastos en concepto de copiado, envío o demás suministros asociados con la solicitud. No obstante, ciertos tipos de Información médica protegida no se encontrarán disponibles para su revisión y copiado. Esto incluye la Información médica protegida que hemos recopilado en relación con alguna reclamación o procedimiento legal, o en razonable anticipación de estos. En circunstancias muy limitadas, es posible que deneguemos su solicitud de revisar y obtener una copia de su Información médica protegida. Si lo hacemos, puede solicitar que se revise dicha denegación. La revisión será realizada

por una persona elegida por nosotros que no ha participado de la decisión original de denegar su solicitud. Cumpliremos con la decisión que resulte de dicha revisión.

- **Derecho a enmendar su Información médica protegida:** Si considera que su Información médica protegida es incorrecta, o que se ha omitido una parte importante de ella, tiene derecho a solicitarnos la enmienda de la Información médica protegida mantenida por nosotros o para nosotros. Debe enviar su solicitud y el motivo correspondiente por escrito a la siguiente dirección: *MetLife, P.O. Box 14587, Lexington, KY 40512*. Si la solicitud no se realiza por escrito o no se incluye un motivo que la respalde, podemos denegarla. Además, podemos denegar su solicitud si nos solicita que enmendemos Información médica protegida que:
 - es precisa y está completa;
 - no fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que la creó ya no se encuentre disponible para realizar la enmienda;
 - no forma parte de la Información médica protegida mantenida por nosotros o para nosotros;
 - no forme parte de la Información médica protegida que usted puede revisar y copiar.
- **Derecho a obtener una lista de divulgaciones:** Usted tiene derecho a solicitar una lista de las divulgaciones que realizamos de su Información médica protegida. Esta lista no incluirá las divulgaciones realizadas por motivos de tratamientos, pagos, operaciones de atención médica o seguridad nacional; las divulgaciones realizadas a personal correccional o policial; ni las divulgaciones realizadas directamente a usted o en virtud de su autorización. Si desea solicitar esta lista, escriba a la siguiente dirección: *MetLife, P.O. Box 14587, Lexington, KY 40512*. En su solicitud, debe mencionar el período del cual desea recibir la lista de divulgaciones. Ese período no debe ser mayor de seis años y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. En la solicitud, debe indicar la forma en que desea recibir la lista (*impresa o por medios electrónicos*). La primera lista que solicite en un período de 12 meses será gratuita. Es posible que le cobremos toda solicitud adicional. Le informaremos el costo y podrá optar por cancelar o modificar su solicitud en ese momento, antes de que se incurra en los costos.

- **Derecho a solicitar restricciones:** Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre la Información médica protegida que utilizamos o divulgamos sobre usted por motivos de tratamientos, pagos u operaciones de atención médica, o que divulgamos a alguna persona que participe en su atención o en el pago de su atención, por ejemplo, un familiar o un amigo. Si bien consideraremos su solicitud, **no tenemos la obligación de aceptarla.** Si la aceptamos, cumpliremos con su solicitud. Si desea solicitar una restricción, debe escribir a la siguiente dirección: *MetLife, P.O. Box 14587, Lexington, KY 40512.* En la solicitud, debe indicar lo siguiente: 1) la información que desea limitar; 2) si desea que limitemos el uso, la divulgación, o ambos; y 3) la persona a quien desea que se apliquen los límites (*por ejemplo, la divulgación de información a su cónyuge o a sus padres*). No accederemos a restricciones sobre el uso o la divulgación de Información médica protegida que sean exigidos legalmente o que sean necesarios para administrar nuestra empresa.
- **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales:** Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted, en relación con su Información médica protegida, de una forma determinada o en un lugar determinado, si nos indica que otra manera de comunicación podría ponerlo en peligro. Por ejemplo, puede solicitar que solamente nos comuniquemos con usted por correo o en su lugar de trabajo. Si desea solicitar comunicaciones confidenciales, debe escribir a la siguiente dirección: *MetLife, P.O. Box 14587, Lexington, KY 40512,* e indicar específicamente la forma o el lugar en que desea recibir las comunicaciones. Cumpliremos con todas las solicitudes razonables.
- **Derecho a presentar una queja:** Si considera que se infringieron sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante MetLife o ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Si desea presentar una queja ante MetLife, envíela a la siguiente dirección: *MetLife, Institutional Business HIPAA Privacy Office, P.O. Box 6896 Bridgewater, NJ 08807-6896.* Todas las quejas deben presentarse por escrito. No se aplicarán sanciones por presentar una queja. Si tiene alguna pregunta sobre cómo presentar una queja, llámenos al (908) 253-2706 o escribanos a HIPAAprivacyInst@metlife.com.

Información adicional

Cambios a este aviso: Nos reservamos el derecho de cambiar las disposiciones de este aviso en cualquier momento. Nos reservamos el derecho de hacer que el aviso revisado o modificado rija para la Información médica protegida que ya tenemos sobre usted, al igual que para toda Información médica protegida que recibamos en adelante. La fecha de vigencia de este aviso, y de todo aviso revisado o modificado, se encuentra en la última página, en la esquina inferior derecha del aviso. MetLife le enviará una copia de todo aviso revisado por correo, o por correo electrónico, pero solamente si MetLife ofrece la entrega por correo electrónico y usted la acepta.

Información adicional: Es posible que usted tenga derechos adicionales conforme a otras leyes vigentes. Para obtener más información acerca de nuestra Política de privacidad sobre la información médica de la HIPAA o nuestras políticas generales de privacidad, comuníquese con nosotros a HIPAAprivacyInst@metlife.com, llame al (908) 253-2706 o escribanos a MetLife, Institutional Business HIPAA Privacy Office, P.O. Box 6896 Bridgewater, NJ 08807-6896.

Efectivo - {01012012}

Expectativas de los beneficiarios de TRICARE

De acuerdo con el DoD, como beneficiario de TRICARE, usted tiene los siguientes derechos:

- **Obtener información:** Tiene derecho a recibir información precisa y fácil de entender, ya sea que provenga de documentos escritos y presentaciones o de los representantes de TRICARE, para que pueda tomar decisiones informadas sobre los programas, los profesionales médicos y los centros de atención de TRICARE.
- **Elegir proveedores y planes:** Tiene derecho a disponer de una variedad suficiente de proveedores de atención médica para garantizar su acceso a una atención médica adecuada y de calidad.
- **Recibir atención de emergencia:** Tiene derecho a obtener servicios de atención médica de emergencia adecuados y necesarios por razones médicas, los que deben estar razonablemente disponibles en el lugar y en el momento en que los necesite.
- **Participar en el tratamiento:** Tiene derecho a recibir y revisar la información sobre el diagnóstico, el tratamiento y el avance de sus afecciones, y a participar completamente en todas las decisiones relacionadas con su atención médica, o a ser representado por familiares u otros representantes debidamente designados.
- **Ser tratado con respeto y sin discriminación:** Tiene derecho a recibir una atención respetuosa y considerada por parte de todos los miembros del sistema de atención médica, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, nacionalidad u otros motivos contemplados por las leyes o reglamentaciones vigentes.
- **Mantener la confidencialidad de la información médica:** Tiene derecho a comunicarse con los proveedores de atención médica con absoluta reserva y a que se mantenga la confidencialidad de su información de atención médica protegida en la medida en que lo permita la ley. También tiene derecho a revisar y copiar sus registros médicos, y a solicitar que se les realicen enmiendas.
- **Presentar quejas y apelaciones:** Tiene derecho a un proceso justo y eficiente para resolver las diferencias entre los planes médicos, los proveedores de atención médica y las instituciones que lo atienden.

Asimismo, el DoD espera que usted, como beneficiario de TRICARE, cumpla con las siguientes obligaciones:

- **Optimizar su salud:** Debe optimizar sus hábitos saludables, por ejemplo, hacer ejercicio, no fumar y mantener una dieta saludable.
- **Tomar decisiones inteligentes con respecto a la atención médica:** Debe participar en la toma de las decisiones relativas a la atención médica; es decir, colabore con los proveedores para brindar la información pertinente, comunicar con claridad sus deseos y necesidades, y elaborar y llevar a cabo los planes de tratamiento acordados.
- **Conocer el programa TRICARE:** Debe informarse acerca de las opciones del programa y la cobertura de TRICARE.
- **También debe cumplir con las siguientes obligaciones:**
 - Respetar a los demás pacientes y a los trabajadores de atención médica.
 - Esforzarse por cumplir con las obligaciones financieras.
 - Utilizar el proceso de reclamaciones en disputa cuando existe un desacuerdo.

Directorio de recursos

En línea

Visite www.tricare.mil/dental o <https://mybenefits.metlife.com/tricare>.
Busque el TDP de MetLife en Facebook en www.facebook.com.

Área de servicio CONUS

Presentación de reclamaciones

MetLife TRICARE Dental Program
P.O. Box 14181
Lexington, KY 40512
Fax: 1-855-763-1333

Servicio de atención al cliente

1-855-MET-TDPI (1-855-638-8371) *(línea gratuita)*
de domingo a las 6:00 p.m. a viernes a las 10:00 p.m.
(hora del Este), excepto los días feriados

Servicio de teléfonos de texto (TDD/TTY) de MetLife para personas con discapacidades auditivas:

1-855-MET-TDP3 (1-855-638-8373) *(línea gratuita)*

Área de servicio OCONUS

Presentación de reclamaciones

MetLife TRICARE Dental Program
P.O. Box 14182
Lexington, KY 40512

Fax: 1-855-763-1334

E-mail: OCONUSdentalclaims@metlife.com

Servicio de atención al cliente

1-855-MET-TDP2 (1-855-638-8372) *(línea gratuita)*
Los representantes se encuentran disponibles para asistir a los beneficiarios en inglés, alemán, italiano, japonés, coreano y español, de domingos a las 6:00 p.m. a viernes a las 10:00 p.m. (hora del Este), excepto los días feriados.

Servicio de teléfonos de texto (TDD/TTY) de MetLife para personas con discapacidades auditivas:

1-855-MET-TDP3 (1-855-638-8373) *(línea gratuita)*

Calidad de atención

Consultas

MetLife
TRICARE Dental Program
Quality of Care—Grievances
P.O. Box 14184
Lexington, KY 40512
Fax: 1-855-763-1336

Servicios de inscripción y facturación

Formularios de inscripción y facturación y correspondencia

MetLife TRICARE Dental Program
Enrollment and Billing Services
P.O. Box 14185
Lexington, KY 40512

CONUS: 1-855-MET-TDP3 (1-855-638-8371)
(línea gratuita)

OCONUS: 1-855-MET-TDP3 (1-855-638-8372)
(línea gratuita)

Servicio de teléfonos de texto (TDD/TTY) de MetLife para personas con discapacidades auditivas:

1-855-MET-TDP3 (1-855-638-8373) *(línea gratuita)*

Billing Payments

MetLife
P.O. Box 13740
Philadelphia, PA 19101

Problemas de fraude y abuso

Consultas

MetLife
Special Investigations Unit—TRICARE
5950 Airport Road
Oriskany, NY 13424

Línea directa para fraude

1-800-462-6565 *(línea gratuita)*

Otras listas relacionadas con TRICARE

Oficina de Apoyo del Centro de Datos del Personal de Defensa

Defense Manpower Data Center Support Office
400 Gigling Road
Seaside, CA 93955-6771

Para verificar la elegibilidad: 1-800-538-9552

Listas de proveedores dentales

Visite <https://mybenefits.metlife.com/tricare> o comuníquese con el servicio de atención al cliente.