

KelseyCare  
Advantage  
★★★★

# GUÍA DENTAL SIGNATURE (HMO)



# EXPLICACIÓN DE SUS BENEFICIOS DENTALES

¡Descubre el secreto de una vida de sonrisas saludables! Desde limpiezas regulares hasta orientación experta sobre el cepillado y el uso del hilo dental, tenemos cubierto su bienestar dental.

Su plan **KelseyCare Advantage Signature (HMO)** incluye:



**100%**

Cobertura de servicios preventivos e integrales



**\$3,000**

Beneficio máximo anual para servicios preventivos e integrales combinados

*No se requiere autorización previa.*

## PREVENTIVO CUBRE SERVICIOS COMO\*

- ✓ **Limpiezas dentales** – 1 cada 6 meses
- ✓ **Evaluación oral periódica** – 1 cada 6 meses
- ✓ **Evaluación oral integral** – 1 cada 12 meses
- ✓ **Radiografías de rutina** – 1 cada 12 meses

## COBERTURA INTEGRAL SERVICIOS COMO\*

- ✓ **Rellenos**
- ✓ **Puentes**
- ✓ **Dentadura postiza**
- ✓ **Coronas**
- ✓ **Endodoncias**

Se aplican ciertas restricciones y reglas.

\*Consulte su **Evidencia de Cobertura (EOC)**, por sus siglas en inglés) para obtener una lista completa de los códigos dentales.

## ADEMÁS, SU PLAN OFRECE

- ✓ SIN deducible anual
- ✓ SIN periodos de carencia
- ✓ SIN copagos ni coseguros
- ✓ NO se requiere autorización previa

Lo siguiente puede ayudarle a saber exactamente lo que cubre su plan y cuánto costará:

- 1 Su Evidencia de Cobertura (EOC)
- 2 Servicios dentales para miembros de FCL: llame al 1-877-493-6282 (TTY: 711)

Acceda a su EOC en nuestro sitio web en **Miembros** → **Documentos del plan** o solicite una copia impresa llamando al Concierge al 713-442-2273 (TTY: 711).



Su plan **KelseyCare Advantage Signature** también incluye un beneficio de tarjeta flexible de \$750 además de su beneficio de venta libre (OTC). Estos \$750 son suyos para gastar en gastos de bolsillo, dentales y de la vista.

Asegúrese de activar su tarjeta Flex antes de usarla llamando al número que aparece en el reverso de la tarjeta.

Verifique su saldo de Flex Card y OTC en línea en [KCAOTC.com](https://www.KCAOTC.com).

## EVITE COSTOS SORPRESA EN EL DENTISTA

Asegúrese de usar un proveedor dental dentro de la red para que sus servicios estén cubiertos.

Cuando programe una cita o visite a su dentista, dígame:

*“Mis beneficios dentales están incluidos en mi plan KelseyCare Advantage y no se consideran seguros dentales separados. Estos beneficios son proporcionados por los dentistas de la red FCL Dental KelseyCare Advantage”.*

Antes de cualquier examen o tratamiento, pídale a su dentista que confirme que estos servicios están cubiertos por su plan. Pídeles que consulten con tu plan para asegurarte de que no tendrás ningún costo sorpresa.



## PREGUNTAS FRECUENTES (FAQ)

### **¿Tengo que pagar por una limpieza periódica o un examen de rutina?**

No. Usted obtiene una cobertura del 100% para la atención preventiva. Las limpiezas preventivas están cubiertas una vez cada 6 meses. Los exámenes orales periódicos están cubiertos una vez cada 6 meses, y los exámenes orales completos están cubiertos anualmente para pacientes nuevos o establecidos.

Una variedad de radiografías se cubren una vez al año.

### **¿Tengo una tarjeta de identificación separada para mi plan dental?**

No. Su tarjeta KelseyCare Advantage funciona tanto para su cobertura médica como dental.

### **¿Qué pasa si mi dentista quiere que reciba flúor?**

El fluoruro tópico no es un beneficio cubierto. Si desea que se aplique flúor, tendrá que pagar el costo del servicio.

### **Mi dentista dice que mis empastes son viejos y que necesito coronas. ¿Está cubierto?**

Sí. Su plan cubre una corona por diente cada 60 meses.

### **¿Cubrimos todas las extracciones o un número determinado?**

Su plan cubre todas las extracciones.

### **¿Cuánto cubrimos en relación con dentaduras postizas o puentes?**

Su plan cubre un juego de dentaduras postizas completas cada 60 meses y un puente fijo cada 60 meses.

## COMPARACIÓN DE EXÁMENES ORALES

	Evaluación oral limitada	Examen Oral Periódico
Propósito	Aborda un problema dental específico	Parte de su chequeo o limpieza dental regular
Cuando	<p>Puede ser necesario para situaciones urgentes como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Una lesión oral</li> <li>▪ Erupción de la muela del juicio</li> <li>▪ Urgencias dentales</li> <li>▪ Lesión traumática</li> <li>▪ Infección aguda</li> </ul>	Chequeos regulares, especialmente si ha tenido enfermedad periodontal antes.
En qué consiste	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Su dentista se enfoca en el área de preocupación.</li> <li>▪ Es posible que realicen un examen visual y usen radiografías</li> <li>▪ (aleta de mordida o panorámica), para encontrar el problema.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Su dentista examina sus dientes, tejidos blandos (como las encías y lengua), y morder.</li> <li>▪ El objetivo es identificar cualquier cambio en su estado general de salud.</li> </ul>
¿Con qué frecuencia?	Una vez cada 12 meses	Una vez cada 6 meses
Su costo	\$0	\$0

## Parte de su chequeo o limpieza dental regular

- Establece una línea de base de su salud dental
- Ayuda a encontrar signos tempranos de enfermedades graves que podrían pasarse por alto.

Recomendado para pacientes nuevos o si tiene cambios significativos en el historial de salud

- Su dentista le preguntará sobre su historial de salud y revisará todo: dientes, encías, lengua, garganta e incluso su cabeza y cuello.
- Medirá la salud de sus encías, revisará los empastes viejos en busca de cualquier problema y buscará cualquier cosa inusual.
- Tomarán radiografías para descubrir problemas ocultos.
- Crearán un registro detallado para futuras visitas.

Una vez cada 12 meses

\$0

## GLOSARIO DE TÉRMINOS

**Desembolso máximo anual** – la mayor cantidad de dinero que tiene que pagar por los gastos cubiertos en un año del plan.

**Radiografía de aleta de mordida** – radiografía que muestra los dientes superiores e inferiores en una sección de la boca.

**Coseguro** – su parte de los costos de un servicio de atención médica cubierto, calculado como un porcentaje (por ejemplo, 20%) del monto permitido para el servicio.

Por lo general, usted paga el coseguro más los deducibles que debe. Por ejemplo, si el monto permitido por el seguro o plan de salud para una visita al consultorio es de \$100 y usted ha alcanzado su deducible, su pago de coseguro del 20% sería de \$20. El seguro o plan de salud paga el resto de la cantidad permitida. [Definición del glosario uniforme]

**Copago (copago dentro de la red)** – una cantidad fija (por ejemplo, \$15) que usted paga por los servicios de atención médica cubiertos a los proveedores que tienen un contrato con su seguro o plan de salud.

**Deducible** – la cantidad que podría adeudar durante un período de cobertura (generalmente un año) por los servicios de atención médica que cubre su seguro o plan de salud antes de que su seguro o plan de salud comience a pagar

Por ejemplo, si su deducible es de \$1000, su plan no pagará nada hasta que haya alcanzado su deducible de \$1000 para los servicios de atención médica cubiertos sujetos al deducible. Es posible que el deducible no se aplique a todos los servicios.

### **Examen Oral Limitado vs Examen Oral Completo**

Un examen oral limitado es un examen rápido que se enfoca en problemas dentales específicos. Un examen bucal completo es una evaluación exhaustiva de su salud bucal general. Los dentistas realizan exámenes completos a los pacientes nuevos para establecer una línea de base para su salud bucal.

**Monto máximo de desembolso** – el límite máximo de desembolso es lo máximo que pagará cada año por los servicios de la Parte A y la Parte B dentro de la red. Las primas de la Parte A/B y los costos de los medicamentos no cuentan para este límite.



**Red** – las instalaciones, los proveedores y los proveedores con los que su aseguradora o plan de salud ha contratado para proporcionar servicios de atención médica [Definición del glosario uniforme]

**Fuera de la red** – también conocido como: fuera del área, fuera del plan. Relacionado con un proveedor fuera de la red o servicios de atención médica proporcionados fuera de la red de su plan

**Predeterminación** – una revisión por parte de su plan para determinar si la cobertura de un servicio específico está disponible

Una predeterminación no es lo mismo que una notificación o autorización previa. Una predeterminación no es una promesa de pago.

**Trabajo dental restaurativo** – soluciones enfocadas para problemas específicos, que incluyen lo siguiente:

**Rellenos** – Utilizados para arreglar pequeñas caries, los empastes actúan como parches para grietas menores.

**Coronas (o tapas)** – Estos sirven como cascos protectores para los dientes, especialmente en casos de problemas más importantes como un diente roto.

**Puentes** – Actuando como conectores en la boca, los puentes llenan a la perfección el espacio dejado por un diente faltante.

**Implantes** – Operando como la raíz de un diente plantado, los implantes son la solución preferida para un diente completamente perdido.

**Incrustaciones** – Especialmente diseñadas para encajar en pequeños agujeros o áreas dañadas de un diente, las incrustaciones se utilizan cuando un empaste regular se queda corto y no es necesaria una corona completa, apuntando y arreglando áreas específicas.

**Incrustaciones** – Diseñados para daños más extensos, los onlays cubren partes más grandes de un diente, encajando en ranuras y envolviendo los bordes. Los dentistas usan incrustaciones cuando el daño es significativo pero no lo suficientemente extenso como para una corona completa, lo que aborda porciones más grandes del diente sin una cobertura completa.

## ¿Necesita ayuda para localizar un proveedor dentro de la red?



Llame a **FCL Dental** al 1-877-493-6282

O KelseyCare Advantage (KCA) al  
1-866-535-8343 (TTY: 711)

El horario de KCA es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, de lunes a viernes.



Encuentre proveedores dentro de la red en [search.fclidental.com](#).



Si su proveedor dental preferido no está en nuestra red, puede sugerir agregarlo. Nuestra red dental crece cada mes y siempre estamos buscando agregar proveedores de calidad. Nomine a su proveedor dental favorito visitando a [FCLDental.com/dental-providers/nominate-a-provider](#).





¿Preguntas? Llame al equipo de conserjería al 713-442-4878 (TTY: 711). Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, el horario es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario es de 8 a.m. a 8 p.m.,

De lunes a viernes. Los servicios de mensajería se utilizan los fines de semana, fuera del horario de atención y los días festivos federales.

KelseyCare Advantage, un producto de KS Plan Administrators, LLC, es un plan HMO y POS Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en KelseyCare Advantage depende de la renovación del contrato.

© Ventaja de KelseyCare 2023. Todos los derechos reservados.