



Resumen de Beneficios

Maricopa | Pima | Pinal | Santa Cruz | Yuma

Banner Medicare Advantage Plus PPO



H7273_SBCY22_M

2022 Banner Medicare Advantage Plus PPO

2022 Resumen de Beneficios

Este es un resumen de los medicamentos y los servicios de salud cubiertos por Banner Medicare Advantage Plus PPO del 1 de enero de 2022 hasta el 31 de diciembre de 2022.

La información de beneficios proporcionada es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No enumera todos los servicios que cubrimos ni enumera todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y solicite la "Evidencia de Cobertura". También puede acceder a nuestra Evidencia de Cobertura en línea en: www.BannerHealth.com/Medicare



Horario de Oficina

Puede llamarnos de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.



Cómo Comunicarse con Nosotros

Si es miembro de este plan, llame sin cargo alguno al (844) 549-1859, TTY 711.

Si no es miembro de este plan, llame sin cargo alguno al (844) 556-7685, TTY 711.

Nuestro sitio web: www.BannerHealth.com/Medicare



¿Quién puede inscribirse?

Para inscribirse en Banner Plus, debe de tener derecho a la parte A de Medicare, estar inscrito en la parte B y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Arizona: Maricopa, Pima, Pinal, Santa Cruz y Yuma.



¿Qué doctores, hospitals y farmacias puedo usar?

Banner Plus tiene una red de doctores, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza los proveedores que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague por estos servicios.

Por lo general, debe usar las farmacias de la red para surtir sus recetas de medicamentos cubiertos de la Parte D.

Puede ver el directorio de proveedores y el directorio de farmacias de nuestro plan en nuestro sitio web: www.BannerHealth.com/Medicare. También puede llamarnos y le enviaremos una copia del directorio de proveedores y del directorio de farmacias.



¿Qué cubrimos?

Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original, sin embargo, *cubrimos aún más*.

- Los miembros de nuestro plan reciben todos los beneficios cubiertos por Medicare.
- Los miembros de nuestro plan también reciben más de lo que cubre Medicare Original.
- Algunos de los beneficios adicionales se describen en este folleto.
- Cubrimos los medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos los medicamentos de la Parte B, como la quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor.
- Puede ver el formulario completo del plan (lista de medicamentos recetados de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web, www.BannerHealth.com/Medicare.
- También puede llamarnos y le enviaremos una copia del formulario.



Consejos para comparar sus opciones de Medicare

Este folleto de Resumen de Beneficios le da una breve descripción de lo que Banner Plus cubre y lo que usted paga.

- Si desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, pida a los otros planes su folleto de Resumen de Beneficios, o utilice el Buscador de Planes de Medicare en www.medicare.gov.
- Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, busque en su manual actual de Medicare y Usted. Véalo en línea en www.medicare.gov u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Información Importante

Banner Medicare Advantage Plus PPO tiene contrato con Medicare.
La inscripción depende de la renovación del contrato

Los proveedores fuera de la red o no contratados no están obligados a darles tratamiento a los miembros del Plan, excepto en situaciones de emergencia. Por favor llame a nuestro Centro de Atención al Cliente o vea nuestra Evidencia de Cobertura para más información, incluyendo el costo compartido que aplica a los servicios fuera de la red.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you.
Call (844) 549-1859, TTY 711.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al
(844) 549-1859, TTY 711.

Beneficios	Maricopa Pima Pinal Santa Cruz Yuma	
	En la Red	Fuera de la Red
Prima Mensual del Plan	\$25 por mes Debe continuar pagando su prima de Medicare de la Parte B.	
Deducible Anual del Plan	\$0 deducible médico	
Límites Máximos de Gasto de su Propio Bolsillo	<p>\$4,500 límite máximo anual de su propio bolsillo por servicios recibidos de proveedores dentro de la red.</p> <p>\$9,000 combinado máximo anual de su propio bolsillo por servicios recibidos de un proveedor en la red y fuera de la red</p> <p>Si alcanza el límite del gasto de su propio bolsillo, sigue recibiendo servicios hospitalarios y médicos cubiertos, y nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año.</p> <p>Sus primas de la parte B de Medicare y sus primas mensuales del plan no aplican para su máximo anual de gasto de su propio bolsillo.</p> <p>Usted debe pagar el costo compartido de sus medicamentos recetados de la Parte D.</p>	
Cobertura Hospitalaria (Cobertura hasta por 90 días por periodo de beneficio*)	<p>Por periodo de beneficio*: Días 1 al 5: \$275 copago por día; Días 6 al 90: \$0 copago por día</p> <p>Se requiere autorización previa y referencia médica.</p>	<p>Por periodo de beneficio*: Días 1 al 90: 40% coseguro</p>
Hospital para Pacientes Ambulatorios – Cirugía y Observación	<p>Maricopa/Pinal & Yuma: \$250 copago por visita.</p> <p>Pima & Santa Cruz: \$275 copago por visita.</p> <p>Se requiere autorización previa y referencia médica.</p>	<p>Todas las áreas de servicio: 40% coseguro por visita.</p>

Beneficios	Maricopa Pima Pinal Santa Cruz Yuma	
	En la Red	Fuera de la Red
Consultas con su Doctor Primario (PCP)	\$0 copago por visita	\$35 copago por visita
Consulta con un Especialista	\$30 copago por visita	\$70 copago por visita
Cuidado Preventivo	\$0 copago por visita por:	40% coseguro por visita por:
	Pruebas de detección de aneurisma aórtico abdominal Asesoramiento sobre abuso de alcohol Chequeo de bienestar anual Enemas de bario Medición de densitometría ósea Examen de cáncer de mama (Mamografía) Enfermedad cardiovascular (terapia conductual) Prueba de detección de enfermedad cardiovascular Prueba de detección del cáncer de cuello uterino y vaginal Prueba de cáncer colorrectal Prueba de detección de depresión Prueba de detección de diabetes Capacitación sobre autocontrol de diabetes Examen rectal digital Electrocardiograma después de la consulta "Bienvenido a Medicare" Prueba de detección de glaucoma Prueba de detección de VIH Servicios de terapia médica nutricional Pruebas de detección de la obesidad y asesoramiento Prueba de detección de cáncer de la próstata Prueba de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento Asesoramiento para dejar el tabaco Vacunas, incluyendo antigripal, hepatitis B, y neumocócica Consulta preventiva (una sola vez) "Bienvenido a Medicare" Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato está cubierto.	
Cuidado de Emergencia	\$90 copago por visita. Si es admitido en el hospital dentro de las 24 horas no se aplicará el copago.	

Beneficios	Maricopa Pima Pinal Santa Cruz Yuma	
	En la Red	Fuera de la Red
Cuidado de Emergencia Alrededor del Mundo	<p>\$90 copago por visita.</p> <p>Tiene una cobertura de hasta \$25,000 por año calendario. Si es admitido en el hospital dentro de las 24 horas no se aplicará el copago.</p>	
Atención Necesaria Urgente	\$30 copago por visita	
Procedimientos de Diagnóstico/Pruebas/Laboratorio	<p>\$10 copago por visita.</p> <p>Podría requerirse autorización previa y/o referencia médica.</p>	40% coseguro por visita
Rayos X	<p>\$20 copago por visita.</p> <p>Podría requerirse autorización previa y/o referencia médica.</p>	\$27 copago por visita
Radiología Diagnóstica (como Tomografía Computarizada, MRI/MRA)	<p>\$125 copago por visita.</p> <p>Podría requerirse autorización previa y/o referencia médica.</p>	40% coseguro por visita
Radiología Terapéutica	<p>\$60 copago por visita.</p> <p>Podría requerirse autorización previa y/o referencia médica.</p>	40% coseguro por visita
Exámenes de Audición y Balance Cubiertos por Medicare	\$0 copago por visita	40% coseguro por visita
Examen de Audición de Rutina	\$0 copago por visita; una vez por año calendario.	40% coseguro por visita
Examen de Audición de Rutina y Ajuste/Evaluación	\$0 copago por visita; una vez cada 2 años.	40% coseguro por visita
Audífonos - \$1,000 cada 2 años (dentro y fuera de la red combinados, ambos oídos combinados)	\$0 copago por audífono	40% coseguro por audífono

Beneficios	Maricopa Pima Pinal Santa Cruz Yuma	
	En la Red	Fuera de la Red
Servicios Dentales cubiertos por Medicare	\$0 copago por visita. Se requiere autorización previa y referencia médica.	40% coseguro por visita
Servicios Dentales Preventivos	\$0 copago por visita por: La visita incluye una combinación de examen y limpieza: una visita cada 6 meses, máximo dos visitas al año. Examen oral: 1 examen cada 6 meses Limpieza: una limpieza cada 6 meses Tratamiento con fluoruro: 1 tratamiento al año Radiografías: 1 conjunto de radiografías al año	40% coseguro por visita por:
Beneficios Opcionales Suplementales Dental - Completo	\$20.20 prima mensual adicional. \$1,000 por año calendario para servicios dentales completos.	
Examen de la Vista Cubierto por Medicare (incluye una prueba anual de glaucoma)	\$0 copago por visita	50% coseguro por visita
Anteojos y Lentes de Contacto Cubiertos por Medicare (después de una cirugía de cataratas)	\$0 copayment per pair	40% co-insurance per pair
Examen de Visión Anual de Rutina	\$0 copago por visita	40% coseguro por visita
Anteojos y Lentes de Contacto de Rutina - \$200 cada 2 años (combinados dentro y fuera de la red)	\$0 copago por par	40% coseguro por par

Beneficios	Maricopa Pima Pinal Santa Cruz Yuma	
	En la Red	Fuera de la Red
Salud Mental para Pacientes Internados (Cubierto hasta 90 días por periodo de beneficios para la atención de pacientes de salud conductual internados en un hospital general*. Cubre hasta 190 días de por vida para la atención de salud mental para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. El límite de por vida del hospital psiquiátrico no se aplica a los servicios de atención de salud mental para pacientes hospitalizados proporcionados en un hospital general)	<p>Por periodo de beneficio*: Días 1 al 5: \$275 copago por día; Días 6 al 90: \$0 copago por día.</p> <p>Se requiere autorización previa y referencia médica.</p>	<p>Por periodo de beneficio*: Días 1 al 90: 40% coseguro</p>
Cuidado de Salud Mental Ambulatorio (consulta individual o de grupo)	<p>\$30 copago por visita. Podría requerirse autorización previa y/o referencia médica.</p>	<p>\$40 copago por visita</p>
Centro de Enfermería Especializada (SNF) (Cubierto hasta 100 Días por periodo de beneficio*)	<p>Por periodo de beneficio*: Días 1 al 20: \$0 copago por día; Días 21 al 100: \$178 copago por día.</p> <p>Se requiere autorización previa y referencia médica.</p>	<p>Por periodo de beneficio*: Días 1-100: \$195 copago por día</p>
Terapia Física, Ocupacional y del Habla y Centro de Rehabilitación Integral Ambulatorio (CORF)	<p>Maricopa, Pinal & Yuma: \$40 copago por visita. Pima & Santa Cruz: \$30 copago por visita.</p> <p>Podría requerirse autorización previa y/o referencia médica.</p>	<p>Todas las áreas de servicio: 40% coseguro por visita</p>

Beneficios	Maricopa Pinal Yuma	Pima Santa Cruz
	En la Red	Fuera de la Red
Ambulancia - Tierra y Aire	<p>\$250 copago por viaje sencillo.</p> <p>Se requiere autorización previa para viajes de ambulancia que no sean de emergencia.</p>	\$250 copago por viaje sencillo
Transportación	No hay cobertura	
Medicamentos de la Parte B de Medicare y Medicamentos para Quimioterapia	<p>20% coseguro.</p> <p>Se requiere autorización previa y referencia médica.</p>	40% coseguro
Abuso de Substancias Ambulatorio (consultas individuales o de grupo)	<p>\$30 copago por visita.</p> <p>Podría requerirse autorización previa y/o referencia médica.</p>	\$70 copago por visita
Rehabilitación Cardíaca y Rehabilitación Cardíaca Intensiva	<p>\$20 copago por visita.</p> <p>Podría requerirse autorización previa y/o referencia médica.</p>	40% coseguro por visita
Podología Cubierta por Medicare (para tratamiento relacionado con diabetes, daño en un nervio, necesidad médica, lesiones o enfermedades)	<p>\$30 copago por visita.</p> <p>Se requiere autorización previa y referencia médica.</p>	40% coseguro por visita
Atención Quiropráctica Cubierta por Medicare (manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación)	<p>\$20 copago por visita.</p> <p>Podría requerirse autorización previa.</p>	\$70 copago por visita

Beneficios	Maricopa Pima Pinal Santa Cruz Yuma	
	En la Red	Fuera de la Red
Atención Quiropráctica de Rutina (6 visitas de rutina por año calendario)	\$35 copago por visita	40% coseguro por visita
Servicios de Salud en el Hogar	\$0 copago por visita. Se requiere referencia médica.	50% coseguro por visita
Equipo Médico Duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno)	20% coseguro por artículo. Se podría requerir autorización previa.	50% coseguro por artículo
Prótesis y Suministros Médicos (por ejemplo, soporte, extremidades médicas)	20% coseguro por artículo. Se requiere autorización previa.	50% coseguro por artículo
Diálisis Renal	20% coseguro por visita. Se requiere referencia médica.	40% coseguro por visita
Suministros Para la Diabetes (limitado a fabricantes específicos)	\$0 copago por artículo. Se podría requerir autorización previa.	40% coseguro por artículo
Entrenamiento para Auto Control de la Diabetes	\$0 copayment per session. Prior authorization required.	40% co-insurance per session
Comidas a Domicilio - Para los miembros dados de alta de un hospital o de una estancia en un centro de enfermería especializada, hasta 12 comidas entregadas en el hogar del miembro. Las comidas deben ordenarse dentro de los 30 días después de haber sido dado de alta.	\$0 copago por comida	40% coseguro por comida

Beneficios	Maricopa Pima Pinal Santa Cruz Yuma	
	En la Red	Fuera de la Red
<p>Beneficio de Acondicionamiento Físico – Silver&Fit®</p> <p>1) Programa de membresía del gimnasio, 2) Programa de video de ejercicios digital con herramientas para estar en forma en el hogar, y 3) Programa de envejecimiento saludable.</p>	<p>\$0 copago por clases de acondicionamiento físico / kits de ejercicio</p>	<p>40% coseguro por beneficios de acondicionamiento físico</p>
<p>Productos sin Receta (OTC)</p>	<p>\$50 cada 3 meses, en la red y fuera de la red combinadas. La cantidad que no se utiliza se transfiere al siguiente periodo. El miembro debe de usar la tarjeta OTC en los establecimientos aprobados.</p>	
<p>Línea de Asesoramiento de Enfermería – Banner Nurse Now</p>	<p>\$0 copago para consejos de atención médica las 24 horas del día, los siete días de la semana, de un profesional de enfermería para ayudar a responder sus preguntas inmediatas sobre atención médica. Debe usar una línea dentro de la red.</p>	

* Un período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido ninguna atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si usted va a un hospital o a un centro de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límite para el número de períodos de beneficios.

Beneficios de Medicamentos Recetados

Maricopa | Pima | Pinal | Santa Cruz | Yuma

Como se muestra a continuación, existen “niveles de pago por medicamentos” en su cobertura de la Parte D de Medicare para medicamentos recetados bajo Banner Medicare Advantage Plus. La cantidad que paga por un medicamento depende del nivel en el que se encuentre cuando lo esté recibiendo o lo esté relleno. Usted puede obtener medicamentos al mismo precio tanto de farmacias que estén en nuestra red como de otras que no lo estén. Por favor llámenos o busque nuestra Evidencia de Cobertura en línea.

Cada medicamento incluido en la Lista de Medicamentos del plan está en uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, entre más alto es el número del Nivel, más alto será el costo para usted:

Nivel 1 – Genérico Preferido (Nivel más bajo de costo compartido)

Nivel 2 – Genérico

Nivel 3 – Marca Preferida

Nivel 4 – No Preferidos

Nivel 5 – Especializados (Nivel más alto de costo compartido)

1. Etapa de Cobertura Inicial

Debido a que este plan no tiene un deducible, usted empieza en la Etapa de Cobertura Inicial. Durante este periodo, el plan paga su propio costo compartido de medicamentos, y usted paga el suyo. Su costo compartido por un medicamento cubierto será un copago o un coseguro.

- “Copago” quiere decir que usted paga una cantidad fija cada que llena una prescripción.
- “Coseguro” quiere decir que usted paga un porcentaje del total del costo del medicamento cada que llena una prescripción.

Esta tabla le muestra el costo compartido por medicamentos cubiertos por la parte D **por un mes:**

Nivel	Venta Standard Costo Compartido	Cuidado a Largo Plazo (LTC) Costo Compartido	Fuera de la red Costo Compartido
Nivel 1 – Genérico Preferido	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
Nivel 2 – Genérico	\$5 copago	\$5 copago	\$5 copago
Nivel 3 – Marca Preferida	\$47 copago	\$47 copago	\$47 copago
Nivel 4 – No Preferidos	\$100 copago	\$100 copago	\$100 copago
Nivel 5 – Especializados	33% coseguro	33% coseguro	33% coseguro

Su costo compartido cuando tiene un **suplemento de largo plazo (90 días)** de un medicamento recetado cubierto de la Parte D:

Nivel	Venta Standard Costo Compartido	Orden por Correo Standard Costo Compartido
Nivel 1 – Genérico Preferido	\$0 copago	\$0 copago
Nivel 2 – Genérico	\$15 copago	\$10 copago
Nivel 3 – Marca Preferida	\$141 copago	\$141 copago
Nivel 4 – No Preferidos	\$300 copago	\$300 copago
Nivel 5 – Especializados	33% coseguro	33% coseguro

Usted permanece en esta etapa hasta que el "costo total de medicamento" (sus pagos más cualquier pago de la Parte D del plan) sean **\$4,430**. Cuando alcanza el límite de costo total de **\$4,430** usted deja la Etapa de Cobertura Inicial y pasa al Etapa de Interrupción de la Cobertura.

2. Etapa de Interrupción de la Cobertura

Cuando está en la Etapa de Interrupción de la Cobertura, el Programa de Descuento de la Interrupción de Cobertura provee descuentos de fabricantes en medicamentos de marca. Usted paga 25% del precio negociado y una porción de la tarifa de dispensación por medicamentos de marca. Ambas cantidades cuentan hacia el costo de la cantidad máxima de su bolsillo como si las hubiera pagado y se mueve hacia la interrupción de cobertura.

También recibe algo de cobertura para ciertos medicamentos. Usted paga \$0 por el suplemento de un mes de medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1), y el plan paga el resto. La cantidad pagada por el plan no cuenta hacia su el costo de su bolsillo. Solo la cantidad que usted paga y se mueve hacia la interrupción de cobertura.

Usted continúa pagando el precio descontado por medicamentos de marca y por medicamentos genéricos preferidos y no más del 25% del costo de medicamentos genéricos hasta que los pagos de la cantidad anual de su bolsillo alcancen la cantidad máxima que Medicare ha establecido. En 2022, esa cantidad es **\$7,050**.

Medicare tiene reglas acerca de que cuenta y que no hacia los costos de la cantidad de su bolsillo. Cuando alcanza un límite de **\$7,050**, usted deja la Etapa de Interrupción de la Cobertura y pasa La Etapa de Cobertura para Catástrofes.

Etapa de Interrupción de la Cobertura

Nivel 1 – Genéricos Preferidos	\$0 copago
Medicamentos Genéricos y de Marca	25% coseguro

3. Cobertura para Catástrofes

Usted califica para la Etapa de Cobertura para Catástrofes cuando el costo máximo de su bolsillo ha alcanzado un límite de **\$7,050** por el año calendario. Una vez que está en la Etapa de Cobertura para Catástrofes, se quedará en este nivel hasta el final del año calendario.

Durante esta etapa, el plan pagará la mayoría del costo de sus medicamentos. Su costo compartido por un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, el que sea más elevado:

- ya sea – coseguro del 5% del costo del medicamento
- ó – \$3.95 por un medicamento genérico o un medicamento que es tratado como genérico y \$9.85 por todos los otros medicamentos.

Etapa de Cobertura para Catástrofes

Medicamentos Genéricos y de Marca

Usted paga la cantidad máxima de:
5% coseguro
ó
\$3.95 por medicamentos de diferentes
fuentes genéricos/preferidos y
\$9.85 por todos los otros medicamentos

Modelo de Ahorro de Insulina para Adultos Mayores de la Parte D

El Modelo de Ahorro de la Parte D para Adultos Mayores le permite a los planes de salud que participan en la Parte D ofrecer una amplia variedad de Insulinas Selectas del formulario a un copago máximo de \$35 para un mes de suplemento a través de las etapas de cobertura inicial y de interrupción de cobertura de la Parte D.

Iniciando el 1 de enero de 2022, Banner Plus ofrecerá a nuestros miembros un copago predecible, estable de \$35 en Insulinas Selectas del formulario del plan, ayudándoles a ahorrar dinero en el costo de sus medicamentos.

Para saber que Insulinas Selectas son parte de este modelo de ahorro, por favor visite www.BannerHealth.com/Medicare para revisar la Lista de Medicamentos más actualizada, o llame sin costo al (844) 549-1859, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana para solicitar una copia impresa. Las Insulinas Selectas están marcadas con las letras "SSM" en La Lista de Medicamentos.

Beneficios Suplementarios Opcionales – Dental Completo

Banner Plus le ofrece la oportunidad de personalizar su cuidado de salud con un paquete de beneficios dentales suplementario opcional. Se puede inscribir en este beneficio opcional en nuestro plan durante el Periodo de Elección Anual. Si tiene preguntas, nos puede llamar al (844) 549–1859, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.

Beneficios Suplementarios Opcionales – Dental Completo	
Prima Mensual Adicional	\$20.20
Beneficio Máximo Anual	\$1,000 por año calendario
Deducible Anual	\$0
Restauraciones - En la Red	
Rellenos de Amalgamas y Resina, infiltración de resina de lesión superficial incipiente, incrustación/recubrimiento, restauraciones de protección	20%
Incrustación de cemento, incrustación, restauración parcial, corona	20%
Coronas, muñón dental, retención con pernos por diente, poste endodóntico y muñones, cada poste adicional, reparación necesaria de la corona por falla de material restaurativo	50%

Endodoncia - En la Red

Pulpotomía y biopulpectomía de los dientes, tratamiento de conductos y repetición de tratamiento de conductos	50%
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Apicoectomía/Periradicular cirugía y relleno retrógrada	50%
---------------------------------------------------------	-----

Periodoncia - En la Red

Gingivectomía-gingivoplastia, tratamiento de la recesión gingival, cirugía ósea, alargamiento de la corona	50%
------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Alisado periodontal y radicular, desbridamiento total de la boca	50%
------------------------------------------------------------------	-----

Extracciones - En la Red

Extracciones and coronectomía	20%
-------------------------------	-----

Cierre de fistula oroantral, cierre primario de una perforación de seno nasal	50%
-------------------------------------------------------------------------------	-----

Alveoloplastia, Vestibuloplastia	50%
----------------------------------	-----

Eliminación de exostosis lateral (maxilar y mandíbula), eliminación de Torus Palatinus	50%
----------------------------------------------------------------------------------------	-----

Reducción de tuberosidad ósea, eliminación de torus mandibularis	50%
Frenulectomía, frenuloplastia, escisión del tejido hiperplásico, escisión de la gingiva perio coronal	50%
Prostodoncia, Otras Cirugías Orales/Otros Servicios Maxilofaciales	
Dentadura completa removible, parcial, inmediata, sobredentadura, dentaduras fijas parciales - Pónticos y retenedores, coronas retenedoras	50%

Los servicios dentales cubiertos están sujetos a condiciones, limitaciones, exclusiones y máximos. Por favor vea la Evidencia de Cobertura para detalles.

Los dentistas en la red han aceptado proveer servicios en un rango de precios en la red. Si ve a un dentista que pertenece a nuestra red, no se le puede cobrar un precio más alto del rango establecido dentro de la red.