

## **Resumen de sus beneficios dentales**

### **Health First Colorado dental para niños**

Usted tiene beneficios dentales a través de DentaQuest, un socio de Health First Colorado (el programa Medicaid de Colorado). Todos los miembros de Health First Colorado, incluidos los niños de 0 a 20 años, tienen beneficios dentales.

A continuación, puede encontrar información general sobre su cobertura, incluyendo lo que está cubierto:

### **Sobre su cobertura**

#### **¿Existen copagos, un deducible, un gasto máximo de bolsillo o un límite anual de beneficios?**

No. El beneficio dental no tiene copagos, deducibles, un gasto máximo de bolsillo o un límite anual de beneficios para los miembros menores de 0 a 20 años.

#### **¿Cuáles son mis límites anuales y máximos?**

Algunos servicios tienen límites, pero Health First Colorado cubre todos los tratamientos y servicios dentales necesarios, según sean requeridos por las normativas y directrices de Evaluación Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT, por sus siglas en inglés) para niños. Esto significa que los proveedores dentales pueden pedir a Health First Colorado que apruebe tratamientos y citas más allá de lo que se enumera bajo el "Resumen del tipo de cobertura". Por ejemplo, los niños pueden tener exámenes completos más de una vez cada tres años si su proveedor dental lo considera necesario y demuestra a Health First Colorado por qué son necesarios.

#### **¿Existen límites de beneficios en situaciones de emergencia? ¿Se necesita autorización previa en situaciones de emergencia?**

No. No hay límites en cuanto a la frecuencia con la que puede usar sus beneficios en situaciones de emergencia. No se necesita autorización previa en situaciones de emergencia. Si tiene una emergencia dental, llame a su proveedor dental. Si no puede comunicarse con su proveedor dental, acuda a la sala de emergencias más cercana.

#### **¿Tengo cobertura fuera de la red?**

No. Usted no tiene cobertura fuera de la red. Health First Colorado solo cubre a proveedores inscritos en Health First Colorado. Por favor llame a DentaQuest para que le ayuden a encontrar un proveedor dental.

## Resumen del tipo de cobertura

| Tipo de cobertura                                 | ¿Cubierto? | Health First Colorado pagará                                                                                 |
|---------------------------------------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Servicios de diagnóstico y preventivos            | Incluidos  | 100% de todos los tratamientos médicamente necesarios                                                        |
| Servicios restaurativos y otros servicios básicos | Incluidos  | 100% de todos los tratamientos médicamente necesarios                                                        |
| Servicios dentales complejos                      | Incluidos  | 100% de todos los tratamientos médicamente necesarios                                                        |
| Prótesis (removibles)                             | Incluidas  | 100% de todos los tratamientos médicamente necesarios                                                        |
| Ortodoncias (20 años y menos)                     | Incluidas  | 100% de todos los tratamientos médicamente necesarios para los casos aprobados mediante Autorización Previa. |
| Cuidado dental de emergencia                      | Incluido   | 100% de todos los tratamientos médicamente necesarios                                                        |

## Resumen de servicios

| Categoría/Procedimiento                                     | Frecuencia de beneficios para miembros infantiles | Health First Colorado pagará                          |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <b>Diagnóstico</b>                                          |                                                   |                                                       |
| Examen oral periódico                                       | Dos veces al año por proveedor o lugar            | 100% de todos los tratamientos médicamente necesarios |
| Examen oral completo                                        | Una vez cada 3 años por proveedor o lugar         | 100% de todos los tratamientos médicamente necesarios |
| Examen periodontal completo (Sólo miembros de 15 a 20 años) | Una vez al año por proveedor o lugar              | 100% de todos los tratamientos médicamente necesarios |
| Examen oral limitado: enfocado en problemas                 | 2 veces al año por proveedor o lugar              | 100% de todos los tratamientos médicamente necesarios |
| Radiografías bucales completas                              | Una vez cada 5 años por proveedor o lugar         | 100% de todos los tratamientos médicamente necesarios |
| Radiografía de mordida vertical                             | Una vez cada 5 años por proveedor o lugar         | 100% de todos los tratamientos médicamente necesarios |
| Radiografías panorámicas                                    | Una vez cada 3 años por proveedor o lugar         | 100% de todos los tratamientos médicamente necesarios |
| <b>Preventivo</b>                                           |                                                   |                                                       |

|                                                                    |                                                                                     |                                                       |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Limpieza rutinaria                                                 | Dos veces al año                                                                    | 100% de todos los tratamientos médicamente necesarios |
| Barniz de flúor o aplicación tópica de flúor                       | Para niños de 0 a 4 años: 2 veces al año; Para niños de 5 a 20 años: 3 veces al año | 100% de todos los tratamientos médicamente necesarios |
| Selladores (sólo para miembros de 5 a 15 años)                     | Dos de por vida por diente                                                          | 100% de todos los tratamientos médicamente necesarios |
| Mantenedores de espacio (sólo para miembros de 0 a 14 años)        | Dos de por vida                                                                     | 100% de todos los tratamientos médicamente necesarios |
| <b>Restauración</b>                                                |                                                                                     |                                                       |
| Rellenos de plata                                                  | Una vez cada 3 años por superficie por diente                                       | 100% de todos los tratamientos médicamente necesarios |
| Rellenos blancos                                                   | Una vez cada 3 años por superficie por diente                                       | 100% de todos los tratamientos médicamente necesarios |
| Coronas de acero inoxidable                                        | Una vez cada 3 años                                                                 | 100% de todos los tratamientos médicamente necesarios |
| Restauraciones protectoras                                         | Una vez en la vida por diente                                                       | 100% de todos los tratamientos médicamente necesarios |
| <b>Restauración mayor</b>                                          |                                                                                     |                                                       |
| Coronas (Sólo para miembros de 16 a 20 años)                       | Una vez cada 7 años por diente; los terceros molares no están cubiertos             | 100% de todos los tratamientos médicamente necesarios |
| Recementación de coronas                                           | Solo cubierto después de 7 meses de la colocación                                   | 100% de todos los tratamientos médicamente necesarios |
| <b>Endodoncia</b>                                                  |                                                                                     |                                                       |
| Desbridamiento pulpar                                              | Una vez en la vida por diente                                                       | 100% de todos los tratamientos médicamente necesarios |
| Tratamiento de conducto radicular                                  | Una vez en la vida por diente; los terceros molares no están cubiertos              | 100% de todos los tratamientos médicamente necesarios |
| <b>Periodoncia</b>                                                 |                                                                                     |                                                       |
| Desbridamiento bucal completo (sólo para miembros de 13 a 20 años) | Una vez cada 3 años                                                                 | 100% de todos los tratamientos médicamente necesarios |
| Mantenimiento periodontal                                          | Dos veces al año                                                                    | 100% de todos los tratamientos médicamente necesarios |

|                                          |                                                                         |                                                       |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Raspado o alisado radicular              | Una vez cada 3 años por cuadrante                                       | 100% de todos los tratamientos médicamente necesarios |
| Cirugía periodontal                      | Debe cumplir los criterios clínicos periodontales                       | 100% de todos los tratamientos médicamente necesarios |
| <b>Prótesis</b>                          |                                                                         |                                                       |
| Dentadura completa o parcial removible   | Una vez cada 5 años                                                     | 100% de todos los tratamientos médicamente necesarios |
| Dentaduras inmediatas                    | Una vez por vida por arco                                               | 100% de todos los tratamientos médicamente necesarios |
| Rebase o reajuste de dentadura           | Una vez cada 4 años; Solo cubierto después de 7+ meses de la colocación | 100% de todos los tratamientos médicamente necesarios |
| Reparación de dentadura                  | Una vez al año por dentadura                                            | 100% de todos los tratamientos médicamente necesarios |
| <b>Cirugía oral</b>                      |                                                                         |                                                       |
| Extracciones simples                     | Una vez en la vida por diente                                           | 100% de todos los tratamientos médicamente necesarios |
| Extracciones quirúrgicas                 | Una vez en la vida por diente                                           | 100% de todos los tratamientos médicamente necesarios |
| <b>Ortodoncia</b>                        |                                                                         |                                                       |
| Ortodoncia                               |                                                                         | 100% de todos los tratamientos médicamente necesarios |
| <b>Anestesia</b>                         |                                                                         |                                                       |
| Sedación profunda/anestesia general      | Permitido una vez al día sólo con los servicios cubiertos               | 100% de todos los tratamientos médicamente necesarios |
| Óxido nitroso                            | Permitido una vez al día sólo con los servicios cubiertos               | 100% de todos los tratamientos médicamente necesarios |
| Sedación consciente intravenosa          | Permitido una vez al día sólo con los servicios cubiertos               | 100% de todos los tratamientos médicamente necesarios |
| Sedación consciente no intravenosa       | Permitido una vez al día sólo con los servicios cubiertos               | 100% de todos los tratamientos médicamente necesarios |
| <b>Consultas y visitas profesionales</b> |                                                                         |                                                       |

|                                                    |                                            |                                                       |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Consulta de diagnóstico                            | Una vez al año por proveedor o lugar       | 100% de todos los tratamientos médicamente necesarios |
| Visita a casa o centro de cuidados prolongados     | Una vez al día por paciente                | 100% de todos los tratamientos médicamente necesarios |
| Visita al hospital o centro quirúrgico ambulatorio | Cubierto sólo para servicios de emergencia | 100% de todos los tratamientos médicamente necesarios |

## Cómo encontrar un proveedor dental e información de beneficios

Para encontrar un proveedor dental, visite [Dentaquest.com/find-a-dentist](https://Dentaquest.com/find-a-dentist) o llámenos al 855-225-1729 (Relé de estado: 711).

Los miembros pueden acceder a su información sobre sus beneficios dentales en línea a través de la página del portal de miembros de DentaQuest en [memberaccess.dentaquest.com](https://memberaccess.dentaquest.com). El portal del miembro contiene tarjetas de identificación, una herramienta para “buscar dentistas” e información de contacto. Los usuarios deben tener una cuenta para ingresar.

## Para unirse a Health First Colorado

Visite [healthfirstcolorado.com](https://healthfirstcolorado.com) o llame al 1-800-221-3943 (Relé de estado: 711) para aprender más acerca de cómo unirse.

## ¿Preguntas?

Llame a DentaQuest al 1-855-225-1729 (Relé de estado: 711), de lunes a viernes entre las 7:30 a. m. y las 5:00 p. m. hora de la montaña, o visite nuestro sitio web en [www.DentaQuest.com](https://www.DentaQuest.com)