



Plan Médico Servicios de Salud Bella Vista, Inc.

770 Avenida Hostos, Suite 208
Mayagüez, PR 00682-1538
Tel. 787-833-8070 • Fax 787-832-5400

12 de junio de 2019

Carta Circular#: 06122019002PD

Estimado proveedor:

Reciba un cordial saludo!

Como parte de nuestro compromiso en orientar a nuestra Red de Proveedores queremos informarle sobre los servicios esenciales de dental dentro de la cubierta metálica.

Estos beneficios dentales se identificarán como D6 en la tarjeta de identificación del suscriptor. Los suscriptores acogidos a esta cubierta tendrán derecho a recibir los siguientes servicios sin limitarse a:

Fase Diagnóstica (0% Coaseguro)				
CÓDIGOS	EXÁMENES ORALES CLÍNICOS	TARIFA	PLAN	CO-PAGO
D0150	Examen inicial comprensivo (uno por beneficiario cada tres (3) años)	\$ 15.00		\$ -
D120	Examen periódico (uno cada seis (6) meses)	\$ 10.00	\$ 10.00	\$ -
D0140	Examen oral limitado de emergencia (by report) 1 por año	\$ 12.00	\$ 12.00	\$ -
Radiología				
D0220	Radiografía periapical intraoral (1)	\$ 6.00	\$ 6.00	\$ -
D0230	Radiografía periapical adicional, hasta cinco (5) por año	\$ 4.00	\$ 4.00	\$ -
D0270	Radiografía de mordida hasta una (1) por año	\$ 7.00	\$ 7.00	\$ -
D0272	Radiografías de mordida dos (2) por año (derecha e izquierda)	\$ 15.00	\$ 15.00	\$ -
Fase Preventiva				
D1110	Profilaxis adulto (cada seis (6) meses)	\$ 25.00	\$ 25.00	\$ -
D1120	Profilaxis niño hasta los 12 años (cada seis (6) meses)	\$ 16.00	\$ 16.00	\$ -
D1208	Aplicación de fluoruro para beneficiarios menores de 19 años inclusive (cada seis (6) meses)	\$ 14.00	\$ 14.00	\$ -
D1351	Sellantes a niños limitados hasta los 14 años, un tratamiento por diente de por vida en premolares y molares permanentes no previamente restaurados	\$ 14.00	\$ 14.00	\$ -

Agradecemos su compromiso con nuestros suscriptores. De tener alguna duda, favor comunicarse con nuestra oficina al (787) 833-8070 con el Departamento de Reclamaciones y gustosamente le atenderemos.

Cordialmente,

Camil Vega, MBA
Directora Ejecutiva

ert