

Detalles de los Beneficios Dentales

2024

Este documento proporciona detalles adicionales acerca de los beneficios dentales suplementarios que están cubiertos bajo nuestro plan. Los *Detalles de Beneficios Dentales* se aplican a los paquetes de beneficios del plan del 2024 que se muestran en las siguientes páginas. Para obtener más información sobre este documento o sus beneficios dentales, póngase en contacto con Servicios para Miembros a través del número de teléfono o la dirección web que aparece en la contraportada de la *Evidencia de Cobertura* o en su tarjeta de identificación de Miembro.

Los *Detalles de Beneficios Dentales* se aplican a los paquetes de beneficios del plan del 2024 que se muestran a continuación. El paquete de beneficios del plan está en la cubierta de la *Evidencia de Cobertura*, en la esquina inferior derecha.

| Estado | Paquete de Beneficios del Plan | Nombre del Plan |
|--------|--------------------------------|---|
| AR | H1416041000 | Wellcare Assist Compass (HMO) |
| AR | H1416055000 | Wellcare No Premium Preferred (HMO) |
| AZ | H0351038000 | Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP) |
| AZ | H0351054000 | Wellcare Giveback (HMO) |
| AZ | H0351057000 | Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP) |
| AZ | H0351064000 | Wellcare Giveback (HMO) |
| CA | H7360001000 | Wellcare No Premium Open (PPO) |
| CT | H0712005000 | Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) |
| CT | H0712029000 | Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) |
| CT | H0712019000 | Wellcare No Premium (HMO) |
| CT | H0712020000 | Wellcare Assist (HMO) |
| CT | H1914001000 | Wellcare No Premium Open (PPO) |
| CT | H1914006000 | Wellcare Dual Access Open (PPO D-SNP) |
| DE | H4661001000 | Wellcare No Premium (HMO-POS) |
| FL | H1032190000 | Wellcare No Premium (HMO) |
| FL | H1032200000 | Wellcare Giveback (HMO) |
| FL | H5199008000 | Wellcare No Premium Open (PPO) |
| HI | H2491015000 | Wellcare 'Ohana No Premium (HMO) |
| IL | H6713002000 | Wellcare Giveback Open (PPO) |
| IN | H6348005000 | Wellcare Patriot Giveback Open (PPO) |
| KS | H6550003000 | Wellcare No Premium (HMO) |
| KS | H6550007000 | Wellcare Giveback (HMO) |
| KY | H9730005000 | Wellcare No Premium Essential (HMO-POS) |
| LA | H2491016000 | Wellcare Endurance (HMO) |
| MA | H9761001000 | Wellcare No Premium Open (PPO) |
| ME | H9364001000 | Wellcare No Premium (HMO) |
| MI | H2117001000 | Wellcare No Premium Open (PPO) |
| MO | H1664006000 | Wellcare Giveback (HMO) |
| MO | H9335005000 | Wellcare Giveback (HMO) |
| NE | H1215001000 | Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) |
| NE | H1215002000 | Wellcare No Premium (HMO) |
| NE | H1395001000 | Wellcare Dual Access Open (PPO D-SNP) |
| NJ | H0913015000 | Wellcare Assist (HMO) |
| NJ | H8711004000 | Wellcare Low Premium Open (PPO) |
| NM | H2134005000 | Wellcare No Premium (HMO) |
| NM | H9976002000 | Wellcare No Premium Open (PPO) |

| Estado | Paquete de Beneficios del Plan | Nombre del Plan |
|--------|--------------------------------|---|
| NY | H4868016000 | Wellcare Assist (HMO) |
| NY | H5599004000 | Wellcare Fidelis No Premium (HMO) |
| NY | H5599002000 | Wellcare Fidelis Assist (HMO-POS) |
| NY | H0088003000 | Wellcare No Premium Open (PPO) |
| NY | H2775106000 | Wellcare No Premium Open (PPO) |
| OH | H0908006000 | Wellcare All Dual Assure (HMO D-SNP) |
| OR | H6815037000 | Wellcare Assist (HMO) |
| OR | H6815038000 | Wellcare No Premium (HMO) |
| OR | H6815039000 | Wellcare No Premium (HMO) |
| OR | H5439011000 | Wellcare Premium Ultra Open (PPO) |
| OR | H5439017000 | Wellcare No Premium Open (PPO) |
| OR | H5439019000 | Wellcare Low Premium Open (PPO) |
| PA | H2915013000 | Wellcare Patriot Giveback (HMO) |
| TN | H9428001000 | Wellcare No Premium Open (PPO) |
| TX | H4506029000 | Wellcare TexanPlus No Premium (HMO-POS) |
| TX | H5294012000 | Wellcare Giveback (HMO) |
| TX | H5294017000 | Wellcare No Premium (HMO) |
| TX | H6678004000 | Wellcare Complete No Premium (HMO) |
| WA | H1353005000 | Wellcare No Premium (HMO) |
| WA | H1353006000 | Wellcare Giveback (HMO) |

Descargos de Responsabilidad:

Hawaii (H2491): ‘Ohana Health Plan, un plan ofrecido a través de WellCare Health Insurance of Arizona, Inc.

Texas (H5294): Wellcare by Allwell (HMO y HMO SNP) incluye productos que están suscritos por Superior HealthPlan, Inc. y Superior HealthPlan Community Solutions, Inc.

Texas (H4506): Wellcare (HMO y HMO SNP) incluye productos que están suscritos por WellCare of Texas, Inc., WellCare National Health Insurance Company y SelectCare of Texas, Inc.

Washington (H1353): “Wellcare” se ofrece a través de Wellcare of Washington, Inc.

Comuníquese con su plan para obtener más información.

Beneficios Dentales Cubiertos: Nuestro plan proporciona cobertura para los servicios dentales que se describen a continuación. Consulte su *Evidencia de Cobertura* del 2024 para conocer cualquier gasto compartido aplicable y el beneficio máximo.

Programa de Beneficios Dentales del 2024

| Categoría | Código | Descripción General del Servicio | Frecuencia (con qué frecuencia nuestro plan realizará pagos) |
|---|--------|---|---|
| Servicios dentales preventivos | | | |
| Los códigos preventivos no cuentan para el monto máximo del plan. | | | |
| Examen Bucal | D0120 | Examen periódico de rutina completado durante la revisión | 2 (D0120) cada 12 meses; no dentro de los 6 meses posteriores a un D0150. |
| Examen Bucal | D0140 | Examen limitado para evaluar un problema | 2 (D0140, D0160) cada 12 meses. Este servicio cuenta con una frecuencia de examen limitada (D9440). |
| Examen Bucal | D0150 | Examen completo (para un paciente nuevo o un paciente registrado después de 3 años o más de inactividad en el tratamiento dental) | 1 (D0150) cada 36 meses; no dentro de los 36 meses posteriores a un D0120 |
| Examen Bucal | D0160 | Examen detallado y exhaustivo centrado en el problema | 2 (D0140, D0160) cada 12 meses. |
| Examen Bucal | D0180 | Evaluación periodontal completa | 2 (D0180) cada 12 meses; no en la misma fecha que un D0120 o D0150. |
| Radiografías Dentales | D0210 | Conjunto de radiografías de boca completa para la evaluación de los dientes y la boca | 1 de (D0210, D0330, D0701, D0709) cada 36 meses. |
| Radiografías Dentales | D0220 | Radiografías para una evaluación más exhaustiva en las áreas alrededor de las raíces de los dientes | 1 (D0220) por fecha de servicio. |
| Radiografías Dentales | D0230 | Radiografías para una evaluación más exhaustiva en las áreas alrededor de las raíces de los dientes | 4 (D0230) por fecha de servicio. |

| Categoría | Código | Descripción General del Servicio | Frecuencia (con qué frecuencia nuestro plan realizará pagos) |
|-----------------------|---------------------|---|--|
| Radiografías Dentales | D0240 | Imagen radiográfica oclusal intraoral | 1 cada 12 meses. |
| Radiografías Dentales | D0251 | Imagen radiográfica extraoral | 2 (D0251) cada 12 meses. |
| Radiografías Dentales | D0270, D0272, D0273 | Radiografías de aleta de mordida para la evaluación de los dientes y el hueso | 2 (D0270-D0274) cada 12 meses. |
| Radiografías Dentales | D0274 | Radiografías de aleta de mordida para la evaluación de los dientes y el hueso | 2 (D0270-D0274) cada 12 meses. Sin cobertura durante los 6 meses posteriores al examen (D0120, D0140, D0150, D0160 y D0180). |
| Radiografías Dentales | D0330 | Radiografía de boca completa para la evaluación de los dientes y la boca | 1 de (D0210, D0330, D0701, D0709) cada 36 meses. Sin cobertura durante los 6 meses posteriores al examen (D0120, D0140, D0150, D0160 y D0180). |
| Radiografías Dentales | D0350 | Fotografía bidimensional o imagen radiográfica | 1 (D0350) cada 36 meses. |
| Radiografías Dentales | D0391 | Lectura de una radiografía o fotografía por parte de un médico que no esté asociado con la toma de la radiografía o fotografía, incluido el informe | 1 (D0391) por fecha de servicio; solo se permite cuando se envía junto con D0701-D0709. |
| Radiografías Dentales | D0701 | Imágenes bucales completas y radiográficas bidimensionales de la cabeza | 1 (D0701) cada 36 meses; 1 (D0210, D0330, D0701, D0709) cada 36 meses. |
| Radiografías Dentales | D0703 | Imágenes fotográficas, solo captura de imágenes | 1 (D0703) cada 36 meses. |
| Radiografías Dentales | D0706 | Radiografías tomadas dentro de la boca | 2 (D0706) cada 12 meses. |
| Radiografías Dentales | D0707 | Radiografías para una evaluación más exhaustiva en las áreas | 1 (D0707) por fecha de servicio. |

| Categoría | Código | Descripción General del Servicio | Frecuencia (con qué frecuencia nuestro plan realizará pagos) |
|---|--|--|---|
| | | alrededor de las raíces de los dientes: solo captura de imágenes | |
| Radiografías Dentales | D0708 | Radiografías de aleta de mordida para la evaluación de los dientes y el hueso: solo captura de imágenes | 2 (D0708) cada 12 meses. |
| Radiografías Dentales | D0709 | Conjunto de radiografías de boca completa para la evaluación de los dientes y la boca: solo captura de imágenes | 1 de (D0210, D0330, D0701, D0709) cada 36 meses. |
| Otros servicios | D1110 | Limpieza dental estándar para adultos | 2 (D1110) cada 12 meses. |
| Flúor | D1206, D1208 | Tratamiento con flúor | 1 (D1206, D1208) cada 12 meses. |
| Otros servicios | D1355 | Aplicación de medicamentos para la prevención de la caries. | Solo uno de los siguientes por diente por 6mo (D1355). |
| Otros servicios | D9110 | Procedimiento menor para el tratamiento de emergencia del dolor dental | 1 (D9110) cada 12 meses. |
| Servicios (de Diagnóstico) Dentales Integrales | | | |
| Diagnóstico | D0277 | Radiografías de aleta de mordida para la evaluación de los dientes y el hueso | Solo uno de los siguientes por cada 12 meses por grupo de proveedores: (D0270, D0272, D0274, D0277). El reembolso máximo en una sola fecha de servicio para radiografías se limita al monto correspondiente a una serie completa (D0210). |
| Diagnóstico | D0460 | Prueba del nervio dental | 1 (D0460) por visita. |
| Restaurativo | D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335 | Rellenos metálicos o de color dental colocados directamente en la boca en los dientes anteriores, premolares o posteriores | 1 (D2140-D2394) por superficie, por diente, cada 24 meses. |

| Categoría | Código | Descripción General del Servicio | Frecuencia (con qué frecuencia nuestro plan realizará pagos) |
|--------------|---|--|--|
| Restaurativo | D2390 | Rellenos metálicos o de color dental colocados directamente en la boca en los dientes anteriores, premolares o posteriores | 1 (D2140-D2394) por superficie, por diente, cada 24 meses. Se excluyen los terceros molares, excepto cuando sea médicamente necesario. Debe incluir 4 superficies del diente, debe tener un 50% de soporte óseo como mínimo. |
| Restaurativo | D2391, D2392, D2393, D2394 | Rellenos metálicos o de color dental colocados directamente en la boca en los dientes anteriores, premolares o posteriores | 1 (D2140-D2394) por superficie, por diente, cada 24 meses. |
| Restaurativo | D2710, D2720, D2721, D2722, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753 | Corona revestida o corona parcial llamada onlay: hecha de metal, porcelana/cerámica, porcelana fundida a metal o titanio. Se hace fuera de la boca y luego se coloca dentro de esta. | 1 (D2710-D2794, D6210-D6252, D6545, D6548, D6740-D6783, D6790, D6791, D6792, D6794) por diente cada 84 meses; requiere una pérdida extensa de la estructura dental debido a caries o fracturas; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante. Se excluyen los terceros molares, excepto cuando sea médicamente necesario. |
| Restaurativo | D2790, D2791, D2792, D2794 | Corona revestida o corona parcial llamada onlay: hecha de metal, porcelana/cerámica, porcelana fundida a metal o titanio. Se hace fuera de la boca y luego se coloca dentro de esta. | 1 (D2710-D2794, D6210-D6252, D6545, D6548, D6740-D6783, D6790, D6791, D6792, D6794) por diente cada 84 meses; requiere una pérdida extensa de la estructura dental debido a caries o fracturas; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante. Se excluyen los terceros molares, excepto cuando sea médicamente necesario. |
| Restaurativo | D2910, D2915, D2920 | Volver a cementar o a pegar una corona que se ha desprendido | 1 (D2910-D2920) por diente cada 12 meses; no cubierto en los 6 meses posteriores a la entrega |
| Restaurativo | D2928 | Coronas prefabricadas | 1 (D2928, D2931) cada 36 meses por diente. Se excluyen los terceros molares, |

| Categoría | Código | Descripción General del Servicio | Frecuencia (con qué frecuencia nuestro plan realizará pagos) |
|--------------|--|--|--|
| | | | excepto cuando sea médicamente necesario. Debe incluir 4 superficies del diente. |
| Restaurativo | D2931 | Coronas prefabricadas | 1 (D2928, D2931) cada 36 meses por diente. Se excluyen los terceros molares, excepto cuando sea médicamente necesario. Debe incluir 4 superficies del diente. Debe tener un soporte óseo del 50% como mínimo. |
| Restaurativo | D2950, D2951, D2952, D2953, D2954, D2955, D2957, D2971 | Acumulación de relleno alrededor de un poste para preparar el diente para una corona | 1 (D2950-D2957, D2971) por diente cada 84 meses Se excluyen los terceros molares, excepto cuando sea médicamente necesario. Debe incluir 4 superficies del diente. |
| Restaurativo | D2980 | Reparaciones de coronas | 1 (D2980) por diente cada 36 meses. |
| Endodoncia | D3110, D3120 | Recubrimiento de pulpa | 1 (D3110, D3120, D3220, D3310-D3333) por diente de por vida; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante. |
| Endodoncia | D3220 | Pulpotomía | 1 (D3110, D3120, D3220, D3310-D3333) por diente de por vida; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante. |
| Endodoncia | D3310, D3320, D3330, D3331, D3332, D3333 | Tratamiento de conducto | 1 (D3110, D3120, D3220, D3310-D3333) por diente de por vida; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante. |
| Endodoncia | D3346, D3347, D3348 | Rehacer un tratamiento de conducto por un tratamiento de conducto anterior fallido | 1 (D3346-D3348) por diente de por vida; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante; el retratamiento no se puede pagar al mismo proveedor en los 12 meses siguientes al tratamiento de conducto original. |
| Endodoncia | D3351, D3352, D3353 | Reparaciones de la punta de la raíz de los dientes | 1 (D3351-D3353, D3410, D3421, D3425-D3426, D3430, D3450, D3470) por diente de por vida; no se permite si lo |

| Categoría | Código | Descripción General del Servicio | Frecuencia (con qué frecuencia nuestro plan realizará pagos) |
|--------------------------------------|--|--|--|
| | | | hace el mismo proveedor o grupo de proveedores. |
| Periodoncia | D4322, D4323 | Alambre colocado para unir varios dientes | 1 (D4322-D4323) por arco cada 36 meses. |
| Periodoncia | D4341 | Limpieza profunda para 4 o más dientes en la boca | 1 (D4341-D4342) por cuadrante cada 24 meses; solo se permiten dos cuadrantes en la misma fecha de servicio. |
| Periodoncia | D4342 | Limpieza profunda para 1-3 dientes en la boca | 1 (D4341-D4342) por cuadrante cada 24 meses; solo se permiten dos cuadrantes en la misma fecha de servicio. |
| Periodoncia | D4346 | Detartraje para encías inflamadas o infectadas moderadas o graves, boca completa, después de la evaluación | 1 (D4346) cada 24 meses, no se facturará la misma fecha de servicio que otros códigos de limpieza, incluidos D0120, D0140, D0150, D0160, D0180. |
| Periodoncia | D4355 | Limpieza de la acumulación en los dientes a fin de permitir una visibilidad adecuada de los dientes para su examen | 1 (D4355) cada 24 meses; no se permite la misma DoS que D0180 o dentro de los 6 meses posteriores a un D0120, D0150 o D0180. |
| Periodoncia | D4381 | Medicina aplicada al área de las encías alrededor de un diente (por diente) para el tratamiento de la enfermedad de las encías | 8 (D4381) cada 24 meses; al menos 28 días después de D4341 o D4342; requiere evidencia de bolsillos de 5 mm o más con inflamación persistente. |
| Periodoncia | D4910 | Limpieza dental de rutina para un adulto que tiene antecedentes documentados de enfermedad de las encías | 2 (D4910) cada 12 meses; no dentro de los 90 días posteriores a un D1110. |
| Periodoncia | D4920 | Cambio de apósito no programado | 1 (D4920) cada 12 meses por procedimiento. |
| Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales | D7140, D7210, D7220, D7230, D7240, D7241, D7250, D7251 | Extracciones | 1 (D7140-D7251) por diente de por vida; D7250 requiere evidencia de extracción previa fallida con raíz retenida y no por el mismo proveedor o grupo. |
| Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales | D7260, D7261 | Cirugía relacionada con senos paranasales | 1 (D7260, D7261) por diente por fecha de servicio. |

| Categoría | Código | Descripción General del Servicio | Frecuencia (con qué frecuencia nuestro plan realizará pagos) |
|--------------------------------------|---|---|---|
| Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales | D7270, D7272, D7280, D7282 | Cirugía para mover o reimplantar dientes naturales | 1 (D7270-D7282) por diente de por vida. |
| Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales | D7285, D7286, D7287, D7288 | Biopsias | 1 (D7285, D7286, D7288) cada 24 meses; 1 (D7287) por sitio cada 24 meses. |
| Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales | D7310, D7311, D7320, D7321 | Remodelación del hueso que rodea los dientes o los espacios dentales | 1 (D7310-D7321) por cuadrante de por vida. |
| Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales | D7340, D7350 | Cirugía en el tejido de las encías para prepararse para las dentaduras postizas | 1 (D7340, D7350) por cuadrante cada 60 meses. |
| Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales | D7410, D7411, D7412, D7413, D7414, D7415, D7440, D7441, D7450, D7451, D7460, D7461, D7465 | Extracción de tumores de tejido sospechosos | 1 (D7410-D7465) por fecha de servicio. |
| Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales | D7471 | Extracción de crecimientos óseos adicionales en los lados de las mandíbulas | 1 (D7471) por arco de por vida. |
| Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales | D7472 | Eliminación del crecimiento óseo adicional en el paladar | 1 (D7472) de por vida. |
| Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales | D7473 | Eliminación del crecimiento óseo extra dentro de la mandíbula inferior | 1 (D7473) por cuadrante de por vida. |
| Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales | D7485 | Eliminación de crecimiento óseo extra y de tejido en las áreas posteriores de la mandíbula superior | 1 (D7485) por cuadrante de por vida. |
| Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales | D7509, D7510, D7511, D7520, D7521, D7530, D7540 | Limpieza de un absceso/infección de una raíz dental | 1 (D7509) por fecha de servicio. |
| Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales | D7970 | Otros procedimientos quirúrgicos para eliminar el exceso de tejido de la encía o las uniones musculares | 1 (D7970) por arco cada 60 meses. |
| Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales | D7971 | Otros procedimientos quirúrgicos para eliminar el | 1 (D7971) por diente de por vida. |

| Categoría | Código | Descripción General del Servicio | Frecuencia (con qué frecuencia nuestro plan realizará pagos) |
|--|--------------|---|--|
| | | exceso de tejido de la encía o las uniones musculares | |
| Servicios Cubiertos Adicionales | | | |
| Servicios Generales Complementarios | D9410, D9420 | Visitas a hogares de ancianos, hospitales, centros de cirugía o consultorios médicos | 1 (D9410, D9420, D9997) por fecha de servicio. |
| Teleodontología | D9995 | Teleodontología: realizada en tiempo real | 1 (D9995-D9996) por fecha de servicio. |
| Teleodontología | D9996 | Teleodontología: se realiza cuando la información se almacena y se envía a un dentista para su revisión posterior | 1 (D9995-D9996) por fecha de servicio. |
| Servicios Generales Complementarios | D9997 | Visitas a hogares de ancianos, hospitales, centros de cirugía o consultorios médicos | 1 (D9410, D9420, D9997) por fecha de servicio. |

Exclusiones:

- Servicios o suministros para la corrección de malformaciones congénitas o del desarrollo.
- Servicios de odontología cosmética o cirugía con fines estéticos (incluido el tratamiento de malformaciones congénitas o de desarrollo, blanqueamiento de dientes e injertos para mejorar la estética).
- Gastos por hospitalización, análisis de laboratorio y exámenes histopatológicos.
- Cargos por no mantener una cita programada con el Dentista.
- Servicios o suministros por los que no se puede demostrar ninguna necesidad dental válida.
- Servicios o suministros que no cumplen los estándares aceptados de la práctica dental.
- Servicios o suministros de naturaleza experimental o investigativa, incluidos los servicios necesarios para tratar las complicaciones derivadas de procedimientos experimentales o investigativos.
- Servicios o suministros cubiertos bajo un programa de hospital, quirúrgico/médico (incluido Medicare Advantage) o de medicamentos recetados.
- Aparatos, restauraciones o servicios para el diagnóstico o tratamiento de alteraciones o disfunción de la articulación temporomandibular (TMJ).
- Aparatos, procedimientos quirúrgicos y restauraciones (empastes de amalgama o resina compuesta, coronas, puentes, incrustaciones o onlays) para aumentar la dimensión vertical;

para alterar, restaurar o mantener la oclusión; para reemplazar la pérdida de la estructura dental resultante del desgaste, abrasión, abfracción o erosión; o para el entablillado periodontal.

- Servicios o suministros no enumerados en la tabla anterior.

Fecha de Finalización del Tratamiento

La fecha de finalización del tratamiento se define como la fecha en la que se completa el tratamiento y puede facturarse. El tratamiento se completa en las fechas de entrega para las dentaduras completas y parciales removibles, cementación final para las coronas y puentes, y llenado final para los conductos radiculares.

Es posible que se necesite

Se requiere Autorización Previa antes del tratamiento para ciertos códigos, y tratar cuestiones de elegibilidad y beneficios disponibles en el momento de la solicitud. Esto no es una garantía de pago. La aprobación para el pago se basa en la elegibilidad del miembro en la fecha del servicio, la documentación del expediente dental, y cualquier limitación de la política y los beneficios restantes disponibles en la fecha del servicio.