

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.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

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
AL	H6975005000	Wellcare No Premium (HMO)
AL	H1848002000	Wellcare No Premium Open (PPO)
AR	H1416033000	Wellcare Dual Access (HMO-POS D-SNP)
AR	H1416043000	Wellcare Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)
AR	H1416058000	Wellcare Patriot Giveback (HMO-POS)
AR	H0270001000	Wellcare No Premium Open (PPO)
AR	H0270002000	Wellcare Dual Access Open (PPO D-SNP)
AZ	H0351053000	Wellcare No Premium (HMO)
AZ	H0351061000	Wellcare Assist (HMO)
AZ	H8553002000	Wellcare Patriot Giveback Open (PPO)
DE	H4661002000	Wellcare Dual Access (HMO-POS D-SNP)
DE	H4661003000	Wellcare Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)
FL	H1032192000	Wellcare No Premium (HMO)
FL	H1032194000	Wellcare No Premium (HMO)
FL	H1032195000	Wellcare Giveback (HMO)
FL	H1032218000	Wellcare No Premium (HMO)
FL	H5199012000	Wellcare No Premium Open (PPO)
FL	H5199014000	Wellcare No Premium Open (PPO)
GA	H1112038000	Wellcare No Premium (HMO)
GA	H1112039000	Wellcare No Premium (HMO)
GA	H1112044000	Wellcare No Premium (HMO)
GA	H0111001000	Wellcare Mutual of Omaha No Premium Open (PPO)
HI	H2491009000	Wellcare 'Ohana No Premium (HMO)
HI	H6605003000	Wellcare 'Ohana Assist Open (PPO)
HI	H6605004000	Wellcare 'Ohana Low Premium Open (PPO)
HI	H6605002000	Wellcare 'Ohana Patriot Open (PPO)
IN	H3499002000	Wellcare No Premium (HMO)
IN	H6348002000	Wellcare No Premium Open (PPO)
IN	H6348006000	Wellcare Dual Access Open (PPO D-SNP)
KS	H6550006000	Wellcare Assist (HMO)
KS	H9387001000	Wellcare No Premium Open (PPO)
KY	H9730011000	Wellcare All Dual Assure (HMO D-SNP)
KY	H9730009000	Wellcare No Premium (HMO)
KY	H9730010000	Wellcare Assist (HMO)
KY	H3975001000	Wellcare No Premium Open (PPO)
KY	H3975004000	Wellcare Dual Access Open (PPO D-SNP)

Estado	Paquete de Beneficios del Plan	Nombre del Plan
KY	H3975002000	Wellcare Patriot Giveback Open (PPO)
LA	H2491025000	Wellcare All Dual Assure (HMO D-SNP)
LA	H2491027001	Wellcare No Premium (HMO)
LA	H2491027002	Wellcare No Premium (HMO)
LA	H2491027003	Wellcare No Premium (HMO)
LA	H2491010000	Wellcare Assist (HMO)
LA	H2491017000	Wellcare No Premium (HMO)
LA	H2491021000	Wellcare No Premium (HMO)
LA	H3047001000	Wellcare No Premium Open (PPO)
MA	H6193001000	Wellcare No Premium (HMO)
ME	H9364002000	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP)
ME	H9364003000	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)
ME	H2775114000	Wellcare Assist Open (PPO)
ME	H2775115000	Wellcare Dual Access Open (PPO D-SNP)
MI	H5475026000	Wellcare No Premium (HMO-POS)
MO	H1664001000	Wellcare No Premium (HMO)
MO	H1664004000	Wellcare No Premium (HMO)
MO	H9335001000	Wellcare No Premium (HMO)
MO	H7518002000	Wellcare Patriot Giveback Open (PPO)
MS	H1416081000	Wellcare All Dual Assure (HMO D-SNP)
MS	H1416060000	Wellcare Patriot Giveback (HMO-POS)
MS	H1416026000	Wellcare Low Premium (HMO-POS)
MS	H1416068000	Wellcare Assist (HMO)
MS	H1416070000	Wellcare No Premium (HMO)
MS	H1416071000	Wellcare No Premium (HMO)
MS	H1416072000	Wellcare No Premium (HMO)
MS	H0074001000	Wellcare No Premium Open (PPO)
NC	H0712025000	Wellcare Dual Access Medicare (HMO D-SNP)
NC	H4073003000	Wellcare All Dual Assure (HMO D-SNP)
NC	H0712023000	Wellcare No Premium Value (HMO)
NC	H7175001000	Wellcare No Premium Open (PPO)
NE	H1395002000	Wellcare No Premium Open (PPO)
NE	H1395003000	Wellcare Assist Open (PPO)
NH	H2162001000	Wellcare No Premium (HMO)
NH	H0969001000	Wellcare No Premium Open (PPO)
NH	H0969005000	Wellcare Plus Open (PPO)
NJ	H0913020000	Wellcare Patriot No Premium (HMO)
NJ	H0913017000	Wellcare No Premium Focus (HMO)
NY	H5599001000	Wellcare Fidelis Dual Access (HMO D-SNP)

Estado	Paquete de Beneficios del Plan	Nombre del Plan
NY	H5599003000	Wellcare Fidelis Dual Plus (HMO D-SNP)
NY	H5599008000	Wellcare Fidelis Dual Plus (HMO D-SNP)
NY	H4868003000	Wellcare Patriot No Premium (HMO)
NY	H4868019000	Wellcare No Premium (HMO)
NY	H2775105000	Wellcare Premium Ultra Open (PPO)
OH	H5475011000	Wellcare No Premium Essential (HMO-POS)
OH	H5475022000	Wellcare No Premium Essential (HMO-POS)
OH	H7169001000	Wellcare No Premium Open (PPO)
OK	H9900009000	Wellcare All Dual Assure (HMO D-SNP)
OK	H9900008000	Wellcare Patriot No Premium (HMO)
OK	H9900004000	Wellcare No Premium (HMO)
OK	H9900005000	Wellcare No Premium (HMO)
OK	H9900006000	Wellcare Assist (HMO)
OK	H4537001000	Wellcare No Premium Open (PPO)
OK	H4537002000	Wellcare No Premium Open (PPO)
OK	H4537003000	Wellcare Low Premium Open (PPO)
OR	H5439010000	Wellcare Patriot No Premium Open (PPO)
PA	H2915011000	Wellcare Assist (HMO)
PA	H2128002000	Wellcare No Premium Open (PPO)
RI	H9258001000	Wellcare No Premium (HMO)
RI	H4699001000	Wellcare No Premium Open (PPO)
RI	H4699003000	Wellcare Dual Access Open (PPO D-SNP)
SC	H1416059000	Wellcare Patriot No Premium (HMO-POS)
SC	H4847001000	Wellcare No Premium (HMO)
SC	H7326001000	Wellcare Mutual of Omaha No Premium Open (PPO)
TN	H1416061000	Wellcare Patriot Giveback (HMO-POS)
TN	H1416077000	Wellcare No Premium (HMO-POS)
TX	H4506010000	Wellcare TexanPlus Patriot Giveback (HMO)
TX	H5294014000	Wellcare Patriot No Premium (HMO)
TX	H0174002000	Wellcare No Premium (HMO)
TX	H0174014000	Wellcare No Premium (HMO)
TX	H0174015000	Wellcare No Premium (HMO)
TX	H0174016000	Wellcare No Premium (HMO)
TX	H4506003000	Wellcare TexanPlus Classic No Premium (HMO)
TX	H5294018000	Wellcare No Premium (HMO)
TX	H7323002000	Wellcare Mutual of Omaha No Premium Open (PPO)
TX	H7323003000	Wellcare Mutual of Omaha No Premium Open (PPO)
TX	H7323007000	Wellcare No Premium Open (PPO)
TX	H7323009000	Wellcare No Premium Open (PPO)

Estado	Paquete de Beneficios del Plan	Nombre del Plan
TX	H7323010000	Wellcare No Premium Open (PPO)
TX	H9357001000	Wellcare Complete No Premium Open (PPO)
TX	H7323005000	Wellcare Dual Access Open (PPO D-SNP)
VT	H1862001000	Wellcare No Premium (HMO)
VT	H6594001000	Wellcare No Premium Open (PPO)
VT	H6594003000	Wellcare Plus Open (PPO)
VT	H6594004000	Wellcare Assist Open (PPO)
WA	H1353007000	Wellcare Assist (HMO)
WA	H5965002000	Wellcare Mutual of Omaha No Premium Open (PPO)
WA	H5965005000	Wellcare Mutual of Omaha Low Premium Open (PPO)
WA	H5965004000	Wellcare Dual Access Open (PPO D-SNP)
WA	H5965003000	Wellcare Patriot Giveback Open (PPO)

Descargos de Responsabilidad:

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

Indiana D-SNP (H3499): para quienes deseen inscribirse en Indiana D-SNP: visite el sitio web de Medicaid en <https://www.in.gov/medicaid> para obtener información detallada sobre los beneficios de Indiana Medicaid.

Louisiana D-SNP (H2491): miembros de Louisiana D-SNP: como miembro de Wellcare HMO D-SNP, cuenta con cobertura de Medicare y de Medicaid. Usted recibe su cobertura de atención médica y medicamentos con receta de Medicare a través de Wellcare y, además, es elegible para recibir servicios adicionales de atención médica y cobertura a través de Louisiana Medicaid. Para obtener más información sobre los proveedores que participan en Louisiana Medicaid, visite www.myplan.healthy.la.gov/en/find-provider o <https://www.louisianahealthconnect.com>. Para obtener información detallada acerca de los beneficios de Louisiana Medicaid, visite el sitio web de Medicaid <https://ldh.la.gov/medicaid> y seleccione el enlace “Learn about Medicaid Services” (Obtener Información sobre los Servicios de Medicaid). Para solicitar una copia escrita de nuestro Directorio de Proveedores de Medicaid, comuníquese con nosotros.

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 (H0174, H4506, H7323): 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.

Washington (H5965): “Wellcare” se ofrece a través de Wellcare Health Insurance Company 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.			
Exámenes bucales	D0120	Examen periódico de rutina completado durante la revisión	2 (D0120) cada 12 meses; no dentro de los 6 meses posteriores a un D0150
Exámenes bucales	D0140	Examen limitado para evaluar un problema	2 (D0140, D0160) cada 12 meses. Este servicio cuenta con una frecuencia de examen limitada (D9440).
Exámenes bucales	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
Exámenes bucales	D0160	Examen detallado y exhaustivo centrado en el problema	2 (D0140, D0160) cada 12 meses.
Exámenes bucales	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.
Radiografías Dentales	D0240	Imagen radiográfica oclusal intraoral	1 (D0240) cada 12 meses.

Categoría	Código	Descripción General del Servicio	Frecuencia (con qué frecuencia nuestro plan realizará pagos)
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 alrededor de las raíces de los dientes: solo captura de imágenes	1 (D0707) por fecha de servicio.
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	1 de (D0210, D0330, D0701, D0709) cada 36 meses.

Categoría	Código	Descripción General del Servicio	Frecuencia (con qué frecuencia nuestro plan realizará pagos)
		evaluación de los dientes y la boca: solo captura de imágenes	
Otros servicios	D1110	Limpieza dental estándar para adultos	2 (D1110) cada 12 meses.
Servicios de Fluoruro	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.
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	1 (D2140-D2394) por superficie, por diente, cada 24 meses.

Categoría	Código	Descripción General del Servicio	Frecuencia (con qué frecuencia nuestro plan realizará pagos)
		en los dientes anteriores, premolares o posteriores	
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, D2720, D2721, D2722, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2790, D2791, D2792, D2794, D6210-D6252, D6545, D6548, D6740-D6753, 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, D2720, D2721, D2722, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2790, D2791, D2792, D2794, D6210-D6252, D6545, D6548, D6740-D6753, 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 durante los 6 meses posteriores a la entrega.
Restaurativo	D2928	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.
Restaurativo	D2931	Coronas prefabricadas	1 (D2928, D2931) cada 36 meses por diente. Se

Categoría	Código	Descripción General del Servicio	Frecuencia (con qué frecuencia nuestro plan realizará pagos)
			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 hace el mismo proveedor o grupo de proveedores.

Categoría	Código	Descripción General del Servicio	Frecuencia (con qué frecuencia nuestro plan realizará pagos)
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.
Prostodoncia Removible	D5110, D5120	Dentaduras postizas completas: superior y/o inferior	1 de (D5110-D5214, D5225-D5226, D5284-D5286) por arco cada 60 meses; D5284 y D5286 son por cuadrante.
Prostodoncia Removible	D5130, D5140	Dentaduras postizas completas inmediatas: superior y/o inferior, colocadas en el momento	1 de (D5110-D5214, D5225-D5226, D5284-D5286) por arco cada 60 meses; D5284 y D5286 son por cuadrante.

Categoría	Código	Descripción General del Servicio	Frecuencia (con qué frecuencia nuestro plan realizará pagos)
		de extraer los dientes restantes	
Prostodoncia Removible	D5211	Dentaduras parciales: superior y/o inferior, resina, metal o base flexible	1 de (D5110-D5214, D5225-D5226, D5284-D5286) por arco cada 60 meses; D5284 y D5286 son por cuadrante.
Prostodoncia Removible	D5212	Dentaduras parciales: superior y/o inferior, resina, metal o base flexible	1 de (D5110-D5214, D5225-D5226, D5284-D5286) por arco cada 60 meses; D5284 y D5286 son por cuadrante.
Prostodoncia Removible	D5213, D5214, D5225, D5226	Dentaduras parciales: superior y/o inferior, resina, metal o base flexible	1 de (D5110-D5214, D5225-D5226, D5284-D5286) por arco cada 60 meses; D5284 y D5286 son por cuadrante.
Prostodoncia Removible	D5284, D5286	Dentaduras parciales: superior y/o inferior, resina, metal o base flexible para un lado de la boca	1 de (D5110-D5214, D5225-D5226, D5284-D5286) por arco cada 60 meses; D5284 y D5286 son por cuadrante.
Prostodoncia Removible	D5410, D5411, D5421, D5422, D5511, D5512	Ajustar o reparar dentaduras completas o parciales	1 (D5410-D5512, D5611-D5622) por arco cada 12 meses; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluida la dentadura si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis.
Prostodoncia Removible	D5520	Sustituir las piezas que falten o estén rotas de dentaduras completas o parciales	1 (D5520, D5630, D5640, D5650) por arco cada 12 meses; incluida la dentadura si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis; solo 1 (D5660) por arco cada 12 meses; solo 1 de cualquiera (D5670-D5671) por arco cada 24 meses.
Prostodoncia Removible	D5611, D5612, D5621, D5622	Ajustar o reparar dentaduras completas o parciales	1 (D5410-D5512, D5611-D5622) por arco cada 12 meses; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluida la dentadura si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis.
Prostodoncia Removible	D5630, D5640, D5650, D5660, D5670, D5671	Sustituir las piezas que falten o estén rotas de dentaduras completas o parciales	1 (D5520, D5630, D5640, D5650) por arco cada 12 meses; incluida la dentadura si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores

Categoría	Código	Descripción General del Servicio	Frecuencia (con qué frecuencia nuestro plan realizará pagos)
			a la entrega de la prótesis; 1 (D5660) por arco cada 12 meses; 1 (D5670-D5671) por arco cada 24 meses.
Prostodoncia Removible	D5710, D5711, D5720, D5721, D5730, D5731, D5740, D5741, D5750, D5751, D5760, D5761	Rehacer el revestimiento o la base de dentaduras postizas completas y/o parciales: superior y/o inferior	1 (D5710-D5721, D5730-D5761) por arco cada 24 meses; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; inclusive en los 6 meses siguientes a la entrega de la prótesis.
Prostodoncia Removible	D5765	Otros servicios de dentadura	1 (D5765) por arco cada 24 meses.
Prostodoncia Removible	D5850, D5851	Revestimiento para ayudar a curar el tejido de la encía bajo una dentadura	1 (D5850-D5851) por arco cada 12 meses; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; inclusive en los 6 meses siguientes a la entrega de la prótesis.
Prostodonzias Fijas	D6210, D6211, D6212, D6214, D6240, D6241, D6242, D6243, D6245, D6250, D6251, D6252	Parte del puente que es el diente falso, reemplazando el diente faltante (póntico)	1 (D2710, D2720, D2721, D2722, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2790, D2791, D2792, D2794, D6210-D6252, D6545, D6548, D6740-D6753, D6790, D6791, D6792, D6794) por diente cada 84 meses a menos que la pérdida de un diente adicional requiera la construcción de un nuevo aparato; requiere una pérdida extensa de la estructura dental debido a caries o fracturas; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante; cuando faltan dientes posteriores (excluyendo los terceros molares) en ambos cuadrantes del mismo arco, las solicitudes de puentes alternarán el beneficio con una dentadura parcial.
Prostodonzias Fijas	D6253	Sustitución temporal de un diente faltante (póntico): cuando sea necesario realizar un	1 (D6253) cada 84 meses.

Categoría	Código	Descripción General del Servicio	Frecuencia (con qué frecuencia nuestro plan realizará pagos)
		tratamiento adicional o un diagnóstico previo a la impresión final	
Prostodoncias Fijas	D6545, D6548, D6740, D6750, D6751, D6752, D6753, D6790, D6791, D6792, D6794	Coronas y coronas parciales que se colocan en los dientes que sostienen un puente (coronas retenedoras)	1 (D2710, D2720, D2721, D2722, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2790, D2791, D2792, D2794, D6210-D6252, D6545, D6548, D6740-D6753, D6790, D6791, D6792, D6794) por diente cada 84 meses a menos que la pérdida de un diente adicional requiera la construcción de un nuevo aparato; requiere una pérdida extensa de la estructura dental debido a caries o fracturas; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante; cuando faltan dientes posteriores (excluyendo los terceros molares, excepto si es médicamente necesario) en ambos cuadrantes del mismo arco, las solicitudes de puentes alternarán el beneficio con una dentadura parcial.
Prostodoncias Fijas	D6930	Volver a cementar o a unir un puente que se salga	1 (D6930) por diente cada 24 meses; no cubierto dentro de los 6 meses posteriores a la entrega.
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.
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.

Categoría	Código	Descripción General del Servicio	Frecuencia (con qué frecuencia nuestro plan realizará pagos)
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 exceso de tejido de la encía o las uniones musculares	1 (D7971) por diente de por vida.

Categoría	Código	Descripción General del Servicio	Frecuencia (con qué frecuencia nuestro plan realizará pagos)
Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales	D7972	Otros procedimientos quirúrgicos para eliminar el exceso de tejido de la encía o las uniones musculares	1 (D7972) por cuadrante maxilar de por vida.
Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales	D9120	Cortar un puente viejo para ayudar a retirarlo	1 (D9120) cada 12 meses.
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.

Limitaciones:

- Tratamiento opcional: Si usted selecciona un servicio más caro del que se proporciona habitualmente, se puede hacer un subsidio de beneficio alternativo para ciertos servicios basado en la tarifa por el servicio proporcionado habitualmente. Usted es responsable de la diferencia de costes.
 - Cuando faltan dientes posteriores en ambos cuadrantes del mismo arco, una solicitud de beneficio para uno o más puentes fijos en ese arco se limitará al beneficio de una dentadura convencional y una dentadura parcial basada en tejido blando.

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.