

Detalles de los Beneficios Dentales

2023

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 2023 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.

Los *Detalles de Beneficios Dentales* se aplican a los paquetes de beneficios del plan del 2023 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	H0351058002	Wellcare No Premium (HMO)
AZ	H0351053000	Wellcare No Premium (HMO)
AZ	H0351054000	Wellcare Giveback (HMO)
AZ	H0351060001	Wellcare Giveback (HMO)
AZ	H0351060002	Wellcare Giveback (HMO)
AZ	H0351057000	Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP)
AZ	H5590007000	Wellcare Assist (HMO)
CT	H0712019000	Wellcare No Premium (HMO)
CT	H0712020000	Wellcare Assist (HMO)
CT	H1914001000	Wellcare No Premium Open (PPO)
CT	H1914004000	Wellcare Assist Open (PPO)
FL	H1032190000	Wellcare No Premium (HMO)
FL	H1032193000	Wellcare Giveback (HMO)
FL	H1032198000	Wellcare Giveback (HMO)
FL	H1032200000	Wellcare Giveback (HMO)
FL	H1032209000	Wellcare Giveback (HMO)
FL	H1032210000	Wellcare Giveback (HMO)
FL	H1032212000	Wellcare Giveback (HMO)
HI	H6605001000	Wellcare 'Ohana No Premium 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)
LA	H3047004000	Wellcare Community Assist (PPO)
LA	H5117003000	Wellcare No Premium Medicare (HMO)
ME	H2775109000	Wellcare No Premium Open (PPO)
ME	H9364001000	Wellcare No Premium (HMO)
MI	H2117003000	Wellcare Patriot Giveback Open (PPO)
MI	H2117004000	Wellcare Community Assist (PPO)
MO	H7518005000	Wellcare Community Assist (PPO)
MO	H9335005000	Wellcare Giveback (HMO)
MS	H0074003000	Wellcare Community Assist (PPO)

Estado	Paquete de Beneficios del Plan	Nombre del Plan
NE	H1215003000	Wellcare Giveback (HMO)
NJ	H8711004000	Wellcare Premium Enhanced Open (PPO)
NM	H2134005000	Wellcare No Premium (HMO)
NM	H2134006000	Wellcare Patriot No Premium (HMO)
NV	H6446003000	Wellcare Giveback (HMO)
NV	H6446005000	Wellcare Giveback (HMO)
NY	H4868016000	Wellcare Assist (HMO)
NY	H4868019000	Wellcare No Premium (HMO)
NY	H5599002000	Wellcare Fidelis Assist (HMO-POS)
OH	H0724001000	Wellcare No Premium Medicare (HMO)
OH	H0724006000	Wellcare Assist Complement (HMO)
OR	H5439011000	Wellcare Premium Ultra Open (PPO)
OR	H5439017000	Wellcare No Premium Open (PPO)
OR	H5439019000	Wellcare Low Premium Open (PPO)
OR	H6815037000	Wellcare Assist (HMO)
OR	H6815038000	Wellcare No Premium (HMO)
PA	H2915013000	Wellcare Patriot Giveback (HMO)
PA	H2915016000	Wellcare No Premium (HMO)
TN	H9428001000	Wellcare No Premium Open (PPO)
TX	H0174020000	Wellcare Giveback (HMO)
TX	H4506029000	Wellcare TexanPlus No Premium (HMO-POS)
TX	H5294012000	Wellcare Giveback (HMO)
WA	H1353005000	Wellcare No Premium (HMO)
WA	H1353006000	Wellcare Giveback (HMO)

Descargos de Responsabilidad:

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

New Mexico D-SNP (H2134): Para miembros del Plan New Mexico (NM) Dual Eligible Special Needs (D-SNP): Como miembro de Wellcare by Allwell D-SNP, usted cuenta con cobertura de Medicare y Medicaid. Los servicios de Medicaid se financian, en parte, con el estado de New Mexico. Para algunos miembros, es posible que los beneficios de NM Medicaid se limiten al pago de las primas de Medicare

Louisiana D-SNP (H2491 & H5117): Para los 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 acerca de los proveedores que participan en Louisiana Medicaid, visite <https://www.myplan.healthy.la.gov/myaccount/choose/find->

provider. 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).

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 2023 para conocer cualquier gasto compartido aplicable y el beneficio máximo.

Programa de Beneficios Dentales del 2023

Categoría	Código	Descripción General del Servicio	Frecuencia (con qué frecuencia nuestro plan realizará pagos)
Servicios de Diagnóstico (Preventivos)			
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
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	D0170	Reevaluaciones	2 (D0170) cada 12 meses
Examen Bucal	D0171	Reevaluaciones	2 (D0171) 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	4 (D0230) 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	
Radiografías Dentales	D0240	Imagen radiográfica oclusal intraoral	1 cada 12 meses
Radiografías Dentales	D0250	Imagen radiográfica extraoral	1 cada 36 meses
Radiografías Dentales	D0251	Imagen radiográfica extraoral	2 cada 12 meses
Radiografías Dentales	D0270-D0274	Radiografías de aleta de mordida para la evaluación de los dientes y el hueso	2 de (D0270-D0274) cada 12 meses
Radiografías Dentales	D0277	Radiografías de aleta de mordida para la evaluación de los dientes y el hueso	1 (D0277) cada 36 meses
Radiografías Dentales	D0310	Sialografía	1 (D0310) cada 36 meses
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
Radiografías Dentales	D0340, D0350	Fotografía bidimensional o imagen radiográfica	1 (D0340, 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-D0702	Imágenes bucales completas y radiográficas bidimensionales de la cabeza	1 cada uno (D0701, D0702) cada 36 meses; solo 1 (D0210, D0330, D0701, D0709) cada 36 meses
Fotografías Dentales	D0703	Imágenes fotográficas, solo captura de imágenes	1 (D0703) cada 36 meses

Categoría	Código	Descripción General del Servicio	Frecuencia (con qué frecuencia nuestro plan realizará pagos)
Radiografías Dentales	D0705	Radiografías tomadas fuera de la boca	2 cada 12 meses
Radiografías Dentales	D0706	Radiografías tomadas dentro de la boca	2 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 de (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
Diagnóstico	D0414-D0416	Pruebas y exámenes	1 (D0414-D0416) cada 12 meses por prueba
Diagnóstico	D0460	Prueba del nervio dental	1 (D0460) por diente por fecha de servicio
Diagnóstico	D0431, D0472-D0502	Laboratorio de patología oral	1 (D0431, D0472-D0502) cada 12 meses por prueba
Servicios Preventivos			
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	D0604, D0605	Pruebas de anticuerpos/antígeno de la COVID	1 (D0604, D0605) por fecha de servicio

Categoría	Código	Descripción General del Servicio	Frecuencia (con qué frecuencia nuestro plan realizará pagos)
Servicios Integrales de Restauración (Rellenos y Coronas)			
Restauraciones	D2140-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
Restauraciones	D2542-D2544; D2642-D2644; D2662-D2664; D2710-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 (D2542-D2544, D2642-D2644, D2662-D2664, D2710-D2794,) por diente cada 84 meses; requiere una pérdida extensa de la estructura dental debido a caries o fracturas; requiere por lo menos un 50% de soporte óseo restante
Restauraciones	D2910-D2921	Volver a cementar o a pegar una corona que se ha desprendido	1 (D2910-D2921) por diente cada 12 meses; no cubierto en los 6 meses posteriores a la entrega
Restauraciones	D2928; D2931-D2932	Coronas prefabricadas	1 (D2928, D2931-D2932) cada 36 meses por diente
Restauraciones	D2940	Relleno protector	1 (D2940) por diente cada 24 meses
Restauraciones	D2949	Se necesita un pequeño llenado antes de colocar un diente con una corona	Ilimitado por diente
Restauraciones	D2950-D2957; D2971; D2975	Acumulación de relleno alrededor de un poste para preparar el diente para una corona	1 (D2950-D2957, D2971, D2975) por diente cada 84 meses
Restauraciones	D2980-D2983	Reparaciones de coronas	1 (D2980-D2983) por diente cada 36 meses
Servicios Integrales de Endodoncia (Tratamiento de Conducto)			
Endodoncia	D3110-D3120	Recubrimiento de pulpa	1 (D3110-D3120, D3220-D3222, D3230-D3333) por
Endodoncia	D3220-D3222	Pulpotomía	

Categoría	Código	Descripción General del Servicio	Frecuencia (con qué frecuencia nuestro plan realizará pagos)
Endodoncia	D3230-D3333	Tratamiento de conducto	diente de por vida; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante
Endodoncia	D3346-D3348	Rehacer un tratamiento de conducto por un tratamiento de conducto anterior fallido	1 (D3346-D3353) 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- D3353	Reparaciones de la punta de la raíz de los dientes	1 (D3351-D3353) por diente de por vida; no se permite si lo hace el mismo proveedor o grupo de proveedores
Servicios Periodontales Integrales (Tratamiento de las Encías)			
Periodoncia	D4322-D4323	Alambre colocado para unir varios dientes	Solo 1 de cualquiera (D4322-D4323) por cuadrante cada 36 meses
Periodoncia	D4341	Limpieza profunda para 4 o más dientes en la boca	Solo 1 de cualquiera (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	Solo 1 de cualquiera (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

Categoría	Código	Descripción General del Servicio	Frecuencia (con qué frecuencia nuestro plan realizará pagos)
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	2 centros por cada cuad. cada 24 meses
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
Servicios Integrales de Cirugía Bucal (Extracción)			
Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales	D7140-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 cuadrante maxilar de por vida
Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales	D7270-D7282; D7290-D7291	Cirugía para mover o reimplantar dientes naturales	1 de cualquiera (D7270-D7282; D7290-D7291) por diente de por vida
Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales	D7285-D7288	Biopsias	Solo 1 de cualquiera (D7285, D7286, D7288) por 24 meses; 1 (D7287) por 24 meses por centro por procedimiento

Categoría	Código	Descripción General del Servicio	Frecuencia (con qué frecuencia nuestro plan realizará pagos)
Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales	D7292-D7300	Aditamentos en dientes retenidos	1 de cada (D7292-D7300) por diente cada 24 meses
Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales	D7310-D7321	Remodelación del hueso que rodea los dientes o los espacios dentales	Solo 1 de cualquiera (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	Solo 1 de cualquiera (D7340, D7350) cada 60 meses por cuadrante
Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales	D7410-D7465	Extracción de tumores de tejido sospechosos	Ilimitado por procedimiento
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-D7540	Limpieza de un absceso/infección de una raíz dental	1 (D7509) por fecha de servicio; ilimitado por procedimiento (D7510-D7540)
Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales	D7953	Injerto óseo en las zonas de los dientes faltantes	1 (D7953) por diente de por vida
Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales	D7956-D7957	Capa protectora del injerto óseo	1 de D7956 o D7957 por cuadrante de por vida
Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales	D7961-D7972	Otros procedimientos quirúrgicos para eliminar el exceso de tejido de la encía o las uniones musculares	1 (D7961-D7970) por arco cada 60 meses; 1 (D7971) por diente de por vida; 1 (D7972) por cuadrante maxilar de por vida

Categoría	Código	Descripción General del Servicio	Frecuencia (con qué frecuencia nuestro plan realizará pagos)
Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales	D7997	Remoción del aparato por parte de un dentista diferente	1 (D7997) cada 60 meses por arco
Otros Servicios Integrales Complementarios (No Rutinarios)			
Otros Servicios Integrales	D9110	Procedimiento menor para el tratamiento de emergencia del dolor dental	1 (D9110) cada 12 meses
Otros Servicios Integrales	D9120	Cortar un puente viejo para ayudar a retirarlo	1 (D9120) cada 12 meses por procedimiento
Otros Servicios Integrales	D9410, D9420, D9997	Visitas a hogares de ancianos, hospitales, centros de cirugía o consultorios médicos	1 (D9410, D9420, D9997) por fecha de servicio
Otros Servicios Integrales	D9995	Teleodontología: realizada en tiempo real	Solo 1 de cualquiera (D9995-D9996) por fecha de servicio
Otros Servicios Integrales	D9996	Teleodontología: se realiza cuando la información se almacena y se envía a un dentista para su revisión posterior	

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.

Autorización Previa

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.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.