

# 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)
<b>Servicios dentales preventivos</b>			
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.
<b>Servicios (de Diagnóstico) Dentales Integrales</b>			
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, 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.

Categoría	Código	Descripción General del Servicio	Frecuencia (con qué frecuencia nuestro plan realizará pagos)
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, 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



Categoría	Código	Descripción General del Servicio	Frecuencia (con qué frecuencia nuestro plan realizará pagos)
			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.
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,	Extracciones	1 (D7140-D7251) por diente de por vida; D7250 requiere evidencia de extracción previa

Categoría	Código	Descripción General del Servicio	Frecuencia (con qué frecuencia nuestro plan realizará pagos)
	D7240, D7241, D7250, D7251		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.
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.

Categoría	Código	Descripción General del Servicio	Frecuencia (con qué frecuencia nuestro plan realizará pagos)
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.
<b>Servicios Cubiertos Adicionales</b>			
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.