

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
AL	H1848003000	Wellcare Dual Access Open (PPO D-SNP)
AL	H6975003000	Wellcare Assist (HMO)
AZ	H0351058001	Wellcare No Premium (HMO)
AZ	H0351059001	Wellcare Assist (HMO)
AZ	H5590008000	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)
AZ	H5590009000	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)
FL	H1032040000	Wellcare Giveback (HMO)
FL	H1032124000	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP)
FL	H1032170000	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP)
FL	H1032186000	Wellcare Specialty Giveback (HMO C-SNP)
FL	H1032196000	Wellcare No Premium (HMO)
FL	H1032199000	Wellcare No Premium (HMO)
FL	H1032202000	Wellcare Dual Reserve (HMO D-SNP)
FL	H1032205000	Wellcare No Premium (HMO)
FL	H1032206000	Wellcare Dual Reserve (HMO D-SNP)
FL	H1032211000	Wellcare No Premium (HMO)
FL	H1032214000	Wellcare Dual Reserve (HMO D-SNP)
FL	H1032217000	Wellcare Dual Reserve (HMO D-SNP)
FL	H5199010000	Wellcare Premium Enhanced Open (PPO)
FL	H5199016000	Wellcare Dual Access Open (PPO D-SNP)
GA	H0111004000	Wellcare Dual Access Open (PPO D-SNP)
GA	H1112034000	Wellcare Patriot No Premium (HMO-POS)
HI	H6605002000	Wellcare 'Ohana Patriot Giveback Open (PPO)
IL	H1416023000	Wellcare Assist Compass (HMO)
IL	H5779002000	Wellcare No Premium Essential (HMO)
IL	H5779007000	Wellcare No Premium Exclusive (HMO)
IL	H5779008000	Wellcare Assist (HMO)
IL	H6713001000	Wellcare No Premium Open (PPO)
IL	H1416009000	Wellcare No Premium (HMO-POS)
IN	H3499005000	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP)
KS	H6550004000	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP)
KS	H9387002000	Wellcare Patriot Giveback Open (PPO)
KS	H9387004000	Wellcare Dual Access Open (PPO D-SNP)
KY	H9730004000	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)
LA	H2491011000	Wellcare Dual Freedom Access (HMO D-SNP)
LA	H2491012000	Wellcare Dual Pinnacle Liberty (HMO D-SNP)
LA	H2491022000	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP)

Estado	Paquete de Beneficios del Plan	Nombre del Plan
MA	H9761004000	Wellcare Premium Enhanced Open (PPO)
ME	H2775115000	Wellcare Dual Access Open (PPO D-SNP)
ME	H9364002000	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP)
ME	H9364003000	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)
MI	H2117002000	Wellcare Dual Access Open (PPO D-SNP)
MI	H5475024000	Wellcare Low Premium (HMO-POS)
MI	H5475038000	Wellcare Assist (HMO)
MO	H7518003000	Wellcare Dual Access Open (PPO D-SNP)
MO	H7518004000	Wellcare Low Premium Open (PPO)
MO	H9335006000	Wellcare Assist (HMO)
MS	H0074002000	Wellcare Premium Hybrid Open (PPO)
MS	H0074004000	Wellcare Dual Access Open (PPO D-SNP)
MS	H1416034000	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP)
MS	H1416044000	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)
MS	H9811006000	Wellcare Dual Access Medicare (HMO D-SNP)
NC	H4073001000	Wellcare No Premium (HMO)
NC	H4073002000	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP)
NC	H7175002000	Wellcare Dual Liberty Open (PPO D-SNP)
NC	H7175003000	Wellcare Assist Open (PPO)
NC	H7175005000	Wellcare Patriot No Premium Open (PPO)
NC	H7175006000	Wellcare Premium Enhanced Open (PPO)
NE	H1215001000	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)
NM	H2134001000	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)
NM	H2134003000	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP)
NV	H6446001000	Wellcare No Premium (HMO)
NV	H6446010000	Wellcare No Premium (HMO)
NV	H6446011000	Wellcare Assist (HMO)
NV	H6446013000	Wellcare Assist (HMO)
NV	H6446014000	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP)
NV	H6446016000	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP)
NV	H8458001000	Wellcare No Premium Open (PPO)
NV	H8458002000	Wellcare Patriot Giveback Open (PPO)
NV	H8458003000	Wellcare No Premium Open (PPO)
NY	H2775112000	Wellcare Dual Access Open (PPO D-SNP)
NY	H2775113000	Wellcare Assist Open (PPO)
NY	H4868004000	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP)
NY	H4868014000	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP)
OH	H5475021000	Wellcare Dual Access Extra (HMO-POS D-SNP)
OH	H0908001000	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP)
OH	H0908003000	Wellcare No Premium (HMO)

Estado	Paquete de Beneficios del Plan	Nombre del Plan
OH	H0908004000	Wellcare Assist (HMO)
OK	H9900002000	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP)
OK	H9900003000	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)
OK	H9900004000	Wellcare No Premium (HMO)
OK	H9900005000	Wellcare No Premium (HMO)
OK	H9900006000	Wellcare Assist (HMO)
OK	H9900007000	Wellcare Assist (HMO)
OK	H9900008000	Wellcare Patriot No Premium (HMO)
OR	H2174001000	Wellcare Dual Select (HMO D-SNP)
PA	H2128005000	Wellcare Dual Access Open (PPO D-SNP)
PA	H2915002000	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP)
PA	H2915003000	Wellcare No Premium (HMO)
PA	H2915007000	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP)
RI	H4699005000	Wellcare Dual Liberty Open (PPO D-SNP)
SC	H1416036000	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP)
SC	H4847004000	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)
SC	H4847005000	Wellcare Assist (HMO)
SC	H4847006000	Wellcare Patriot Giveback (HMO-POS)
SC	H7326007000	Wellcare Assist Open (PPO)
TN	H1416042000	Wellcare Assist (HMO)
TX	H0174004000	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP)
TX	H0174009000	Wellcare Assist (HMO)
TX	H0174010000	Wellcare No Premium (HMO)
TX	H0174015000	Wellcare No Premium (HMO)
TX	H0174014000	Wellcare TexanPlus No Premium (HMO)
TX	H5294011000	Wellcare No Premium (HMO)
TX	H5294013000	Wellcare Complement Assist (HMO)
TX	H5294015000	Wellcare Dual Access Harmony (HMO D-SNP)
TX	H5294016000	Wellcare Complement Assist (HMO)
TX	H5294020000	Wellcare No Premium (HMO)
WA	H1353002000	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP)
WA	H1353004000	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)
WA	H5965004000	Wellcare Dual Access Open (PPO D-SNP)

Descargos de Responsabilidad:

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.

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).

Tennessee D-SNP (H1416): Notificación: TennCare no se hace responsable del pago de estos beneficios, a excepción de los montos correspondientes de los gastos compartidos. TennCare no es responsable de garantizar la disponibilidad o la calidad de estos beneficios. Cualquier beneficio que exceda los beneficios tradicionales de Medicare se aplica exclusivamente a Wellcare Medicare Advantage y no implica un aumento en los beneficios 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, D6205-D6252, D6545-D6615, D6710-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
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

Categoría	Código	Descripción General del Servicio	Frecuencia (con qué frecuencia nuestro plan realizará pagos)
Servicios Integrales de Endodoncia (Tratamiento de Conducto)			
Endodoncia	D3110-D3120	Recubrimiento de pulpa	1 (D3110-D3120, D3220-D3222, D3230-D3333) por diente de por vida; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante
Endodoncia	D3220-D3222	Pulpotomía	
Endodoncia	D3230-D3333	Tratamiento de conducto	
Endodoncia	D3346-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- D3353; D3410, D3421; D3425-D3426; D3430; D3450; D3460; D3470	Reparaciones de la punta de la raíz de los dientes	1 (D3351-D3353, D3410, D3421, D3425-D3426, D3430, D3450, D3460, D3470) por diente de por vida; no se permite si lo hace el mismo proveedor o grupo de proveedores
Endodoncia	D3910; D3920-D3921; D3950	Otros procedimientos del conducto radicular	1 (D3910, D3920-D3921, D3950) por diente de por vida
Servicios Periodontales Integrales (Tratamiento de las Encías)			
Periodoncia	D4210, D4211, D4230-D4245, D4260-D4261	Cirugía del tejido de las encías	Solo 1 de cualquiera (D4210-D4211) por cuadrante cada 36 meses Solo 1 de cualquiera (D4230-D4245) por cuadrante cada 36 meses Solo 1 de cualquiera (D4260-D4261) por cuadrante cada 36 meses

Categoría	Código	Descripción General del Servicio	Frecuencia (con qué frecuencia nuestro plan realizará pagos)
Periodoncia	D4263, D4264	Cirugía del tejido de las encías	1 (D4263, D4264) por cuadrante cada 36 meses
Periodoncia	D4265-D4267, D4270-D4285	Cirugía del tejido de las encías	1 (D4265-D4267, D4270-D4285) cada 36 meses por centro
Periodoncia	D4268, D4286	Cirugía del tejido de las encías	1 (D4268, D4286) cada 36 meses por diente
Periodoncia	D4212	Eliminación de tejido de la encía para ayudar a llenar un diente	1 (D4212) por diente de por vida
Periodoncia	D4249	Extracción de hueso alrededor de un diente	1 (D4249) por diente de por vida
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
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	2 centros por cada cuad. cada 24 meses

Categoría	Código	Descripción General del Servicio	Frecuencia (con qué frecuencia nuestro plan realizará pagos)
		(por diente) para el tratamiento de la enfermedad de las encías	
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 Prostodoncia Removible (Dentadura)			
Prostodoncia Removible	D5110-D5120	Dentaduras postizas completas: superior y/o inferior	Solo 1 de cualquiera (D5110-D5286, D5863-D5866) 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 de extraer los dientes restantes	
Prostodoncia Removible	D5211-D5214; D5225-D5226	Dentaduras parciales: superior y/o inferior, resina, metal o base flexible	
Prostodoncia Removible	D5221-D5224; D5227-D5228	Dentaduras parciales inmediatas: superior y/o inferior, resina, metal o base flexible, colocadas en el momento de las extracciones dentales	
Prostodoncia Removible	D5282-D5286	Dentaduras parciales: superior y/o inferior, resina, metal o base flexible para un lado de la boca	

Categoría	Código	Descripción General del Servicio	Frecuencia (con qué frecuencia nuestro plan realizará pagos)
Prostodoncia Removible	D5863, D5865	Las dentaduras completas se colocan en las raíces dentales del hueso	
Prostodoncia Removible	D5864, D5866	Las dentaduras parciales se colocan en las raíces dentales del hueso	
Prostodoncia Removible	D5410-D5512; D5611-D5622	Ajustar o reparar dentaduras completas o parciales	Solo 1 de cualquiera (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, D5630-D5671	Sustituir las piezas que falten o estén rotas de dentaduras completas o parciales	Solo 1 de cualquiera (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 de (D5660) por arco cada 12 meses; solo 1 de cualquiera (D5670-D5671) por arco cada 24 meses
Prostodoncia Removible	D5710-D5761	Rehacer el revestimiento o la base de dentaduras postizas completas y/o parciales: superior y/o inferior	Solo 1 de cualquiera (D5710-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	D5810-D5821	Dentadura provisional/temporaria	Solo 1 de cualquiera (D5810-D5821) por arco cada 60 meses

Categoría	Código	Descripción General del Servicio	Frecuencia (con qué frecuencia nuestro plan realizará pagos)
Prostodoncia Removible	D5765; D5867-D5875	Otros servicios de dentadura	1 de cada (D5765, D5867-D5875) por arco cada 24 meses.
Prostodoncia Removible	D5850, D5851	Revestimiento para ayudar a curar el tejido de la encía bajo una dentadura	Solo 1 de cualquiera (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
Prostodoncia Removible	D5862	Fijación para conectar una corona a una dentadura completa o parcial	1 (D5862) cada 84 meses por diente
Servicios Integrales de Prostodoncia Fija (Puentes)			
Prostodoncias Fijas	D6205-D6252	Parte del puente que es el diente falso, reemplazando el diente faltante (póntico)	1 (D2542-D2544, D2642-D2644, D2662-D2664, D2710-D2794, D6205-D6252, D6545-D6615, D6710-D6783, 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 (excluyendo los terceros molares) en ambos cuadrantes del mismo arco, las solicitudes de puentes alternarán el beneficio con una dentadura parcial

Categoría	Código	Descripción General del Servicio	Frecuencia (con qué frecuencia nuestro plan realizará pagos)
Prostodoncias Fijas	D6253	Sustitución temporal de un diente faltante (póntico): cuando sea necesario realizar un tratamiento adicional o un diagnóstico previo a la impresión final	1 (D6253) cada 84 meses
Prostodoncias Fijas	D6545-D6615; D6710-D6783, D6790, D6791, D6792, D6794	Coronas y coronas parciales que se colocan en los dientes que sostienen un puente (coronas retenedoras)	1 (D2542-D2544, D2642-D2644, D2662-D2664, D2710-D2794, D6205-D6252, D6545-D6615; D6710-D6783, 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 (excluyendo los terceros molares) 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
Prostodoncias Fijas	D6980	Reparación de un puente cuando el material del color de los dientes falla o se rompe	1 (D6980) cada 24 meses por arco por procedimiento

Categoría	Código	Descripción General del Servicio	Frecuencia (con qué frecuencia nuestro plan realizará pagos)
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
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	1 (D7473) por cuadrante de por vida

Categoría	Código	Descripción General del Servicio	Frecuencia (con qué frecuencia nuestro plan realizará pagos)
		dentro de la mandíbula inferior	
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
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	D9210-D9248	Sedación profunda/anestesia general	Solo 1 de cualquiera (D9210-D9222, D9230, D9239, D9248) por fecha de servicio; solo 7 de (D9223, D9243) por fecha de servicio
Otros Servicios Integrales	D9310, D9410-D9440, D9997	Visitas a hogares de ancianos, hospitales,	1 (D9310, D9430, D9440) cada 6 meses por procedimiento; 1 (D9410,

Categoría	Código	Descripción General del Servicio	Frecuencia (con qué frecuencia nuestro plan realizará pagos)
		centros de cirugía o consultorios médicos	D9420, D9997) por fecha de servicio
Otros Servicios Integrales	D9610, D9612	Inyecciones de fármacos para la infección y el dolor intenso	Solo 1 de cualquiera (D9610, D9612) por fecha de servicio
Otros Servicios Integrales	D9630	Enjuagues con fluoruro y otros productos dentales con receta para uso doméstico	1 (D9630) cada 6 meses
Otros Servicios Integrales	D9911	Colocar medicamento en las raíces dentales sensibles	1 (D9911) por diente cada 24 meses
Otros Servicios Integrales	D9912, D9920, D9930	Consultas especiales o inusuales	1 (D9912, D9920-D9930) por fecha de servicio
Otros Servicios Integrales	D9932-D9935	Limpieza de dentaduras completas y parciales	1 (D9932-D9935) cada 24 meses
Otros Servicios Integrales	D9942	Reparación de la placa de descanso	1 (D9942) cada 24 meses
Otros Servicios Integrales	D9944-D9946	Placa de descanso, aparato duro o blando	Solo 1 de cualquiera (D9944-D9946) cada 60 meses
Otros Servicios Integrales	D9951	Ajuste leve de la mordida	1 (D9951) cada 24 meses
Otros Servicios Integrales	D9995	Teleodontología: realizada en tiempo real	
Otros Servicios Integrales	D9996	Teleodontología: se realiza cuando la información se almacena y se envía a un dentista para su revisión posterior	Solo 1 de cualquiera (D9995-D9996) 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 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.

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.