Detalles de los beneficios dentales

2027

Este documento proporciona detalles adicionales acerca de los beneficios dentales complementarios que tienen cobertura de nuestro plan. Los *Detalles de los beneficios dentales* se aplican a los paquetes de beneficios del plan de 2027 que se muestran en las páginas siguientes. Para obtener más información sobre este documento o sus beneficios dentales, póngase en contacto con Servicios al Miembro 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 ID de miembro.

Y0020_WCM_7732750_SPA_0_C BRO_DEN27

7219930_NA7WCMBROSPA_M_0000

Los *Detalles de los beneficios dentales* se aplican a los paquetes de beneficios del plan de 2027 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	H9630002000	Wellcare Simple (HMO-POS)
AR	H9630014000	Wellcare Arkansas Total Care Dual Reserve (HMO-POS D-SNP)
AZ	H0351071000	Wellcare Simple (HMO)
CT	H0712019000	Wellcare Simple (HMO-POS)
CT	H1914001000	Wellcare Simple Open (PPO)
FL	H1032193000	Wellcare Giveback (HMO-POS)
FL	H1032198000	Wellcare Giveback (HMO-POS)
FL	H1032200000	Wellcare Giveback (HMO-POS)
FL	H1032204000	Wellcare Giveback (HMO-POS)
FL	H1032210000	Wellcare Giveback (HMO-POS)
FL	H1032212000	Wellcare Giveback (HMO-POS)
GA	H1112042000	Wellcare Giveback (HMO-POS)
LA	H2491031000	Wellcare Giveback (HMO-POS)
ME	H2775109000	Wellcare Low Premium Open (PPO)
ME	H2775115000	Wellcare Dual Access Open (PPO D-SNP)
MI	H5475031000	Wellcare Giveback (HMO-POS)
MO	H1664001000	Wellcare Simple (HMO-POS)
MO	H1664012000	Wellcare Home State Health Dual Reserve (HMO-POS D-SNP)
MO	H7518001000	Wellcare Simple Open (PPO)
MS	H1416065000	Wellcare Giveback (HMO-POS)
MS	H1416068000	Wellcare Assist (HMO-POS)
NE	H1215003000	Wellcare Giveback (HMO-POS)
NE	H1215005000	Wellcare Simple (HMO-POS)
NJ	H0913002000	Wellcare Low Premium (HMO-POS)
NJ	H0913015000	Wellcare Assist (HMO-POS)
NY	H2775113000	Wellcare Assist Open (PPO)
NY	H5599004000	Wellcare Fidelis Simple (HMO-POS)
NY	H2775106000	Wellcare Simple Open (PPO)
NY	H2775111000	Wellcare Giveback Open (PPO)
OR	H5439015000	Wellcare Low Premium Open (PPO)
OR	H5439019000	Wellcare Premium Enhanced Open (PPO)
OR	H6815038000	Wellcare Low Premium (HMO-POS)

Estado	Paquete de beneficios del plan	Nombre del Plan
SC	H4847007000	Wellcare Giveback (HMO-POS)
TX	H0062013000	Wellcare Superior HealthPlan Dual Reserve Value (HMO D-SNP)
TX	H5294026000	Wellcare Simple Value (HMO)
WA	H5439015000	Wellcare Low Premium Open (PPO)
WA	H5439019000	Wellcare Premium Enhanced Open (PPO)

Descargo de responsabilidad:

Louisiana (H2491): Miembros de Louisiana D-SNP: Como miembro de Wellcare HMO D-SNP, tiene cobertura tanto de Medicare como de Medicaid. Usted recibe su cobertura de medicamentos recetados y de atención de salud de Medicare a través de Wellcare. También es elegible para recibir cobertura y servicios de atención de salud adicionales 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 sobre los beneficios de Louisiana Medicaid, visite el sitio web de Medicaid en https://ldh.la.gov/medicaid y seleccione el enlace "Learn about Medicaid Services" (Obtener información sobre los servicios de Medicaid). No dude en comunicarse con nosotros si necesita una copia impresa de nuestro Directorio de proveedores de Medicaid.

Texas (H0062-013): Como miembro de Wellcare Superior HealthPlan Dual Reserve Value (HMO D-SNP), tiene cobertura tanto de Medicare como de Medicaid. Recibirá sus beneficios de atención de salud de Medicare y sus beneficios de medicamentos recetados a través de Wellcare Superior HealthPlan Dual Reserve Value (HMO D-SNP). Usted también es elegible para recibir beneficios adicionales de atención de salud a través de STAR+PLUS Medicaid. Para obtener más información sobre los proveedores que participan en Wellcare Superior HealthPlan Dual Reserve Value (HMO D-SNP) y Medicaid, visite https://www.wellcarefindaprovider.com/navigate-a-network.html. Para solicitar copias por escrito de nuestros Directorios de proveedores de Medicare y Medicaid, comuníquese con nosotros al 1-855-445-3556 (TTY: 711), o comuníquese con su Organización de Atención Administrada (MCO) de STAR+PLUS.

Washington (H5439): Residentes de Washington: Health Net Life Insurance Company tiene contrato con Medicare para los planes PPO. Health Net Life Insurance Company emite “Wellcare”.

Comuníquese con su plan para obtener detalles.

Beneficios dentales cubiertos: Nuestro plan proporciona cobertura para los servicios dentales que se describen a continuación. Consulte su *Evidencia de Cobertura* de 2027 para conocer cualquier costo compartido aplicable y el beneficio máximo.

Programa de beneficios dentales de 2027

Código	Descripción del código	Periodicidad	Autorización previa
Servicios de diagnóstico (preventivos)			
D0120	Evaluación bucal periódica	2 (D0120) cada año del plan; no dentro de los 6 meses posteriores a un D0150.	No
D0140	Evaluación bucal limitada	2 (D0140, D0160) cada año del plan	No
D0150	Evaluación bucal integral	1 de (D0150) cada 3 años del plan; no dentro de los 3 años del plan de D0120	No
D0160	Evaluación de salud bucal, con enfoque en el problema	2 (D0140, D0160, D9310) cada año del plan.	No
D0180	Evaluación periodontal completa	2 de (D0180) cada año del plan; no en la misma fecha que un D0120 o D0150	No
D0210	Serie completa e intraoral de imágenes radiográficas	1 (D0210, D0330, D0701, D0709) cada 3 años del plan	No
D0220	Intrabucal, primera imagen radiográfica periapical	1 (D0220) por fecha de servicio. Cantidad máxima de radiografías en una sola fecha de servicio limitado a una serie bucal completa.	No
D0230	Intrabucal, cada imagen radiográfica periapical adicional	4 (D0230) por fecha de servicio. Reembolso máximo por radiografías en una sola fecha de servicio limitado al reembolso permitido para una serie bucal completa.	No
D0240	Imagen radiográfica oclusal, intraoral	1 (D0240) cada año del plan	No

Código	Descripción del código	Periodicidad	Autorización previa
D0251	Imagen radiográfica dental posterior extraoral	2 (D0251) cada año del plan	No
D0270	Imagen radiográfica única interproximal	2 (D0270-D0277) cada año del plan. Reembolso máximo para una sola fecha de servicio limitado al reembolso permitido para una serie bucal completa.	No
D0272	Dos imágenes radiográficas interproximales	2 (D0270-D0277) cada año del plan. Reembolso máximo para una sola fecha de servicio limitado al reembolso permitido para una serie bucal completa.	No
D0273	Aleta de mordida, tres imágenes radiográficas	2 (D0270-D0277) cada año del plan. Reembolso máximo para una sola fecha de servicio limitado al reembolso permitido para una serie bucal completa.	No
D0274	Cuatro imágenes radiográficas interproximales	2 (D0270-D0277) cada año del plan. Reembolso máximo para una sola fecha de servicio limitado al reembolso permitido para una serie bucal completa.	No
D0277	Aletas de mordida verticales, de 7 a 8 imágenes radiográficas	2 (D0270-D0277) cada año del plan. Reembolso máximo para una sola fecha de servicio limitado al reembolso permitido para una serie bucal completa.	No
D0330	Imagen radiográfica panorámica	1 (D0210, D0330, D0701, D0709) cada 3 años del plan. Reembolso máximo para una sola fecha de servicio limitado al reembolso permitido para una serie bucal completa.	No
D0350	Imagen fotográfica bucal/facial 2D, intrabucal/extrabucal	1 (D0350) cada 3 años del plan.	No

Código	Descripción del código	Periodicidad	Autorización previa
D0391	Interpretación de imágenes de diagnóstico por parte de un médico que no esté asociado con la toma de las imágenes, incluido el informe	1 (D0391) por fecha de servicio; solo se permite cuando se envía junto con (D0701, D0703, D0706-D0709).	No
D0460	Prueba de vitalidad pulpar	1 (D0460) por visita.	No
D0701	Imagen radiográfica panorámica, solo la captura	1 (D0210, D0330, D0701, D0709) cada 3 años del plan	No
D0703	Imagen fotográfica 2D, solo la captura	1 (D0703) cada 3 años del plan	No
D0706	Intrabucal, imagen radiográfica oclusal, solo la captura	2 (D0706) cada año del plan.	No
D0707	Intrabucal, imagen radiográfica periapical, solo la captura	1 (D0707) por fecha de servicio	No
D0708	Intrabucal, imagen radiográfica interproximal, solo la captura	2 (D0708) cada año del plan.	No
D0709	Serie completa e intraoral de imágenes radiográficas, solo la captura	1 (D0210, D0330, D0701, D0709) cada 3 años del plan	No
D1110	Profilaxis, adulto	2 (D1110) cada año del plan.	No
D1206	Barniz de fluoruro	1 (D1206, D1208) cada año del plan	No
D1208	Aplicación tópica de flúor, no incluye el barniz	1 (D1206, D1208) cada año del plan	No
D1355	Aplicación de un medicamento para prevenir la caries dental	1 (D1355) por diente cada 6 meses.	No
Servicios generales complementarios			
D9995	Teleodontología; síncrona; encuentro en tiempo real	1 (D9995-D9996) por fecha de servicio.	No

Código	Descripción del código	Periodicidad	Autorización previa
D9996	Teleodontología; asíncrona; información almacenada y dirigida al dentista para su revisión posterior	1 (D9995-D9996) por fecha de servicio.	No

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 del desarrollo, blanqueamiento de dientes e injertos para mejorar la estética).
- Gastos por hospitalización, análisis de laboratorio y exámenes histopatológicos.
- Cargos por no asistir a 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 hospitalario, quirúrgico/médico (incluido Medicare Advantage) o de medicamentos con receta.
- 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 cuspídeas parciales o intercuspídeas) para aumentar la dimensión vertical; para alterar, restaurar o mantener la oclusión; para reemplazar la pérdida de la estructura dental resultante del desgaste, abrasión, afracción o erosión; o para la férula 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 finaliza en las fechas de entrega de las dentaduras postizas completas y parciales removibles, la cementación final de las coronas y puentes y el llenado final de los conductos radiculares.

Autorización previa

Es necesario obtener una 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 del 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.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.