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.

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	H9630010000	Wellcare Arkansas Total Care Dual Access (HMO-POS D-SNP)
AZ	H0351038000	Wellcare Specialty Simple (HMO C-SNP)
CT	H0712005000	Wellcare Dual Access (HMO-POS D-SNP)
DE	H4661001000	Wellcare Simple (HMO-POS)
GA	H0111001000	Wellcare Simple Open (PPO)
GA	H0111007000	Wellcare Patriot Giveback Open (PPO)
GA	H1112038000	Wellcare Simple (HMO-POS)
GA	H1112044000	Wellcare Simple (HMO-POS)
GA	H1112048000	Wellcare Peach State Health Plan Dual Reserve (HMO-POS D-SNP)
IN	H6348002000	Wellcare Simple Open (PPO)
KY	H9730007000	Wellcare Giveback (HMO-POS)
MI	H5475038000	Wellcare Assist (HMO-POS)
NC	H1914011000	Wellcare Patriot Giveback Open (PPO)
NE	H1215001000	Wellcare Nebraska Total Care Dual Liberty Sync (HMO-POS D-SNP)
NY	H5599002000	Wellcare Fidelis Assist (HMO-POS)
TX	H5294017000	Wellcare Simple (HMO)
TX	H5294018000	Wellcare Simple (HMO)
TX	H0174022000	Wellcare Superior HealthPlan Dual Reserve (HMO D-SNP)

Descargo de responsabilidad:

Texas (H0174, H5294): Como miembro de Wellcare HMO D-SNP, tiene cobertura tanto de Medicare como de Medicaid. Usted recibirá sus beneficios de atención de salud y medicamentos recetados de Medicare a través de Wellcare. 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 y Medicaid, visite https://www.wellcarefindaprovider.com/navigate-a-network.html. Para solicitar copias escritas de nuestros Directorios de Proveedores de Medicare y Medicaid, comuníquese con nosotros al H0174: 1-833-444-9089 / H5294: 1-855-445-3556 (TTY: 711) o comuníquese con su Organización de Atención Administrada (MCO) de STAR+PLUS.

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 General del Servicio	Periodicidad	Autorización previa
Servicios de diagnóstico (preventivos)			
D0120	Evaluación bucal periódica	2 de (D0120) cada año del plan; no dentro de los 6 meses posteriores a un D0150.	**No**
D0140	Evaluación bucal limitada	2 de (D0140, D0160, D9310) 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 de (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**

Código	Descripción General del Servicio	Periodicidad	Autorización previa
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 de (D0240) cada año del plan.	**No**
D0251	Imagen radiográfica dental posterior extraoral	2 de (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**

Código	Descripción General del Servicio	Periodicidad	Autorización previa
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 de (D0350) cada 3 años del plan.	**No**
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 de (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**

Código	Descripción General del Servicio	Periodicidad	Autorización previa
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**
Restaurativo			
D2140	Amalgama, una superficie, pieza primaria o permanente	1 de (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie, por diente, cada 2 años del plan.	**No**
D2150	Amalgama, dos superficies, pieza primaria o permanente	1 de (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie, por diente, cada 2 años del plan.	**No**
D2160	Amalgama, tres superficies, pieza primaria o permanente	1 de (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie, por diente, cada 2 años del plan.	**No**
D2161	Amalgama, cuatro superficies o más, pieza primaria o permanente	1 de (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie, por diente, cada 2 años del plan.	**No**
D2330	Material compuesto a base de resina, una superficie, anterior	1 de (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie, por diente, cada 2 años del plan.	**No**
D2331	Material compuesto a base de resina, dos superficies, anterior	1 de (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie, por diente, cada 2 años del plan.	**No**
D2332	Material compuesto a base de resina, tres superficies, anterior	1 de (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie, por diente, cada 2 años del plan.	**No**

Código	Descripción General del Servicio	Periodicidad	Autorización previa
D2335	Material compuesto a base de resina, cuatro superficies o más, incluyendo el ángulo incisal	1 de (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie, por diente, cada 2 años del plan.	**No**
D2390	Corona compuesta a base de resina, anterior	1 (D2390) por diente, cada 2 años del plan. Debe tener al menos un 50% de soporte óseo restante.	**No**
D2391	Material compuesto a base de resina, una superficie, posterior	1 de (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie, por diente, cada 2 años del plan.	**No**
D2392	Material compuesto a base de resina, dos superficies, posterior	1 de (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie, por diente, cada 2 años del plan.	**No**
D2393	Material compuesto a base de resina, tres superficies, posterior	1 de (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie, por diente, cada 2 años del plan.	**No**
D2394	Material compuesto a base de resina, cuatro superficies o más, posterior	1 de (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie, por diente, cada 2 años del plan.	**No**
D2740	Corona, porcelana o cerámica	1 de (D2740-D2752, D2790-D2792 por diente cada período de 7 años. Requiere una pérdida extensa de la estructura dental debido a caries o fracturas y al menos un 50% de soporte óseo restante.	**Sí**
D2750	Corona, porcelana fusionada con un metal altamente noble	1 de (D2740-D2752, D2790-D2792 por diente cada período de 7 años. Requiere una pérdida extensa de la estructura dental debido a caries o fracturas y al menos un 50% de soporte óseo restante.	**Sí**

Código	Descripción General del Servicio	Periodicidad	Autorización previa
D2751	Corona, porcelana fusionada con un metal común predominante	1 de (D2740-D2752, D2790-D2792 por diente cada período de 7 años. Requiere una pérdida extensa de la estructura dental debido a caries o fracturas y al menos un 50% de soporte óseo restante.	**Sí**
D2752	Corona, porcelana fusionada con un metal noble	1 de (D2740-D2752, D2790-D2792 por diente cada período de 7 años. Requiere una pérdida extensa de la estructura dental debido a caries o fracturas y al menos un 50% de soporte óseo restante.	**Sí**
D2790	Corona, completa de metal altamente noble fundido	1 de (D2740-D2752, D2790-D2792 por diente cada período de 7 años. Requiere una pérdida extensa de la estructura dental debido a caries o fracturas y al menos un 50% de soporte óseo restante.	**Sí**
D2791	Corona, completa de metal común predominante fundido	1 de (D2740-D2752, D2790-D2792 por diente cada período de 7 años. Requiere una pérdida extensa de la estructura dental debido a caries o fracturas y al menos un 50% de soporte óseo restante.	**Sí**

Código	Descripción General del Servicio	Periodicidad	Autorización previa
D2792	Corona, completa de metal noble fundido	1 de (D2740-D2752, D2790-D2792 por diente cada período de 7 años. Requiere una pérdida extensa de la estructura dental debido a caries o fracturas y al menos un 50% de soporte óseo restante.	**Sí**
D2910	Volver a cementar o a unir una incrustación intercuspídea, incrustación cuspídea parcial, carilla o cobertura parcial	1 (D2910-D2920) por diente cada año del plan; no cubierto dentro de los 6 meses posteriores a la entrega.	**No**
D2915	Volver a cementar o a unir un perno y muñón dental indirectamente fabricados o prefabricados	1 (D2910-D2920) por diente cada año del plan; no cubierto dentro de los 6 meses posteriores a la entrega.	**No**
D2920	Volver a cementar o a unir una corona	1 (D2910-D2920) por diente cada año del plan; no cubierto dentro de los 6 meses posteriores a la entrega.	**No**
D2950	Reconstrucción de muñón dental, incluye pernos cuando se necesite	1 (D2950, D2952-D2954, D2957) por diente cada 7 años del plan. Solo cuando es necesario para poder proporcionar soporte a una corona aprobada.	**Sí**
D2951	Retención con pernos, por diente, adicional a la restauración	1 de (D2951) por diente cada 7 años del plan.	**No**
D2952	Perno y muñón dental además de la corona, indirectamente fabricados	No está cubierto	**Sí**
D2953	Cada perno adicional indirectamente fabricado, mismo diente	No está cubierto	**Sí**
D2954	Perno y núcleo prefabricados, además de la corona	No está cubierto	**Sí**
D2957	Cada perno prefabricado adicional, mismo diente	No está cubierto	**No**

Código	Descripción General del Servicio	Periodicidad	Autorización previa
D2980	Reparación de corona necesaria por falla del material de restauración	1 (D2980) por diente cada 3 años del plan.	**No**
Endodoncia			
D3120	Recubrimiento pulpar, indirecto (no incluye la restauración final)	1 (D3110, D3120, D3220) por diente de por vida; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante.	**No**
Periodoncia			
D4341	Limpieza profunda para 4 o más dientes en un cuadrante	1 de (D4341-D4342) por cuadrante cada 2 años del plan; solo se permiten dos cuadrantes en la misma fecha de servicio.	**Sí**
D4342	Limpieza profunda para 1 a 3 dientes en un cuadrante	1 de (D4341-D4342) por cuadrante cada 2 años del plan; solo se permiten dos cuadrantes en la misma fecha de servicio.	**Sí**
D4346	Raspado en presencia de inflamación gingival moderada o grave, boca completa, después de la evaluación	1 (D4346) cada 2 años del plan, no se permite dentro de los seis meses de D1110, D4341, D4342, D4355 o D4910.	**No**
D4355	Desbridamiento bucal completo para permitir una evaluación y un diagnóstico integrales en la próxima visita.	1 de (D4355) cada 2 años del plan; no se permite la misma fecha de servicio (DOS) que D0180 o dentro de los 6 meses posteriores a un D0120, D0150 o D0180.	**No**
D4910	Mantenimiento periodontal	2 de (D4910) cada año del plan; no dentro de los 90 días posteriores a un D1110.	**No**
Cirugía oral			
D7140	Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta	1 de (D7140) por diente de por vida.	**No**

Código	Descripción General del Servicio	Periodicidad	Autorización previa
D7210	Extracción, diente erupcionado que requiere extracción de hueso o corte del diente	1 de (D7210) por diente de por vida.	**Sí**
D7250	Extracción de restos radiculares (procedimiento de corte)	1 (D7140, D7210) por diente de por vida; D7250 requiere evidencia de extracción previa fallida con raíz retenida y que no la realice el mismo proveedor o grupo.	**Sí**
Servicios generales complementarios			
D9110	Tratamiento paliativo (de emergencia), procedimiento menor	1 de (D9110) por año del plan.	**No**
D9222	Sedación profunda/anestesia general, primer incremento de 15 minutos	1 de (D9222, D9230, D9239, D9248) por fecha de servicio.	**Sí**
D9223	Sedación profunda/anestesia general, cada incremento posterior de 15 minutos	7 de (D9223, D9243) por fecha de servicio.	**Sí**
D9239	Sedación/analgesia intravenosa moderada (consciente), primer incremento de 15 minutos	1 de (D9222, D9230, D9239, D9248) por fecha de servicio.	**Sí**
D9243	Sedación/analgesia intravenosa moderada (consciente), cada incremento posterior de 15 minutos	7 de (D9223, D9243) por fecha de servicio.	**Sí**
D9310	Consulta, que no sea con el dentista solicitante	2 de (D0140, D0160, D9310) cada año del plan.	**No**
D9942	Reparación o recubrimiento de la férula oclusal	1 de (D9942) cada 2 años del plan, no dentro de los seis meses posteriores a la entrega del dispositivo.	**No**
D9944	Férula oclusal, dispositivo duro, arco completo	1 de (D9944-D9946) cada 5 años del plan.	**No**
D9945	Férula oclusal, dispositivo blando, arco completo	1 de (D9944-D9946) cada 5 años del plan.	**No**
D9946	Férula oclusal, dispositivo duro, arco parcial	1 de (D9944-D9946) cada 5 años del plan.	**No**

Código	Descripción General del Servicio	Periodicidad	Autorización previa
D9995	Teleodontología; síncrona; encuentro en tiempo real	1 (D9995-D9996) por fecha de servicio.	**No**
D9996	Teleodontología; asíncrona; información almacenada y dirigida al dentista para su revisión posterior	1 (D9995-D9996) por fecha de servicio.	**No**

Limitaciones:

- Tratamiento opcional: si usted selecciona un servicio más caro del que suele proporcionarse, se puede hacer un subsidio de beneficio alternativo para ciertos servicios en función de la tarifa por el servicio que se proporciona habitualmente. Usted es responsable de la diferencia de los costos.
    - Cuando faltan los dientes posteriores en ambos cuadrantes del mismo arco, una solicitud de beneficio para uno o más puentes fijos posteriores en ese arco se limitará al beneficio de un diente convencional y una dentadura postiza 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 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.