

Detalles de los Beneficios Dentales

2025

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 de 2025 que se muestran en las siguientes páginas. Para obtener más información sobre este documento o sus beneficios dentales, comuníquese 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.

Última actualización: 12/05/2024

Los *Detalles de Beneficios Dentales* se aplican a los paquetes de beneficios del plan de 2025 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	H1416064000	Wellcare Giveback Dividend (HMO-POS)
AR	H9630008000	Wellcare Giveback (HMO-POS)
AZ	H0351064000	Wellcare Giveback (HMO)
CT	H0712032000	Wellcare Giveback (HMO-POS)
CT	H1914002000	Wellcare Giveback Open (PPO)
FL	H1032191000	Wellcare Giveback (HMO)
FL	H1032193000	Wellcare Giveback (HMO)
FL	H1032198000	Wellcare Giveback (HMO)
FL	H1032204000	Wellcare Giveback (HMO)
FL	H1032210000	Wellcare Giveback (HMO)
FL	H1032212000	Wellcare Giveback (HMO)
GA	H1112042000	Wellcare Giveback (HMO-POS)
KS	H5398004000	Wellcare Complete - Giveback (HMO-POS)
LA	H3047002000	Wellcare Giveback Open (PPO)
ME	H2816040000	Wellcare Advantage Simple (PFFS)
MI	H5475031000	Wellcare Giveback (HMO-POS)
MS	H1416065000	Wellcare Giveback (HMO-POS)
NC	H1914010000	Wellcare Giveback Open (PPO)
NC	H7175004000	Wellcare Giveback Open (PPO)
NE	H1215003000	Wellcare Giveback (HMO-POS)
NJ	H0913002000	Wellcare Simple (HMO-POS)
NJ	H0913021000	Wellcare Giveback (HMO-POS)
NJ	H0913017000	Wellcare Simple Focus (HMO-POS)
NY	H2775111000	Wellcare Giveback Open (PPO)
NY	H4868019000	Wellcare Simple (HMO-POS)
OH	H0908005000	Wellcare Giveback (HMO-POS)
OK	H4537005000	Wellcare Patriot Giveback Open (PPO)
OK	H9900001000	Wellcare Giveback (HMO-POS)
OR	H5439015000	Wellcare Giveback Open (PPO)
OR	H5439019000	Wellcare Low Premium Open (PPO)
OR	H6815038000	Wellcare Simple Value (HMO-POS)
PA	H2128004000	Wellcare Giveback Open (PPO)
SC	H7326003000	Wellcare Giveback Open (PPO)
TN	H1416079000	Wellcare Giveback (HMO-POS)
TX	H5294019000	Wellcare Giveback (HMO)
TX	H7323006000	Wellcare Simple Rx Plus Open (PPO)
TX	H7323011000	Wellcare Mutual of Omaha Simple Secure Open (PPO)

Estado	Paquete de Beneficios del Plan	Nombre del Plan
TX	H7323012000	Wellcare Mutual of Omaha Simple Secure Open (PPO)
TX	H4506030000	Wellcare Simple Value (HMO-POS)
TX	H0174017000	Wellcare Giveback (HMO)
TX	H0174018000	Wellcare Giveback (HMO)
TX	H0174019000	Wellcare Giveback (HMO)
TX	H0174020000	Wellcare Giveback (HMO)
TX	H0174021000	Wellcare Giveback (HMO)

Descargos de Responsabilidad:

Texas (H5294): Wellcare By Allwell (HMO y HMO SNP) incluye productos que están suscritos por Superior HealthPlan, Inc.

Texas (H0174, H4506, H7323): 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.

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 2025 para conocer la distribución de costos aplicable y el beneficio máximo. Los códigos cubiertos entre D0120 y D1208 no cuentan para el monto máximo anual del plan.

Programa de Beneficios Dentales del 2025

Código	Descripción General del Servicio	Periodicidad
D0120	Examen periódico de rutina completado durante la revisión	2 (D0120) cada 12 meses; no dentro de los 6 meses posteriores a un D0150
D0140	Examen limitado para evaluar un problema	2 (D0140, D0160, D9310) cada 12 meses.
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
D0160	Examen detallado y exhaustivo centrado en el problema	2 (D0140, D0160, D9310) cada 12 meses.
D0180	Evaluación periodontal completa	2 (D0180) cada 12 meses; no en la misma fecha que un D0120 o D0150
D0210	Conjunto de radiografías de boca completa para la evaluación de los dientes y la boca	1 (D0210, D0330, D0701, D0709) cada 36 meses
D0220	Radiografías para una evaluación más exhaustiva en las áreas alrededor de las raíces de los dientes	1 (D0220) por fecha de servicio. Cantidad máxima de radiografías en una sola fecha de servicios limitada a una serie completa de la boca.
D0230	Radiografías para una evaluación más exhaustiva en las áreas alrededor de las raíces de los dientes	4 (D0230) por fecha de servicio. Cantidad máxima de radiografías en una sola fecha de servicios limitada a una serie completa de la boca.
D0240	Imagen radiográfica oclusal intraoral	1 (D0240) cada 12 meses
D0251	Imagen radiográfica extraoral	2 (D0251) cada 12 meses
D0270	Radiografías de aleta de mordida para la evaluación de los dientes y el hueso	2 (D0270-D0277) cada 12 meses. Cantidad máxima de radiografías en una sola fecha de servicios limitada a una serie completa de la boca.

Código	Descripción General del Servicio	Periodicidad
D0272	Radiografías de aleta de mordida para la evaluación de los dientes y el hueso	2 (D0270-D0277) cada 12 meses. Cantidad máxima de radiografías en una sola fecha de servicios limitada a una serie completa de la boca.
D0273	Radiografías de aleta de mordida para la evaluación de los dientes y el hueso	2 (D0270-D0277) cada 12 meses. Cantidad máxima de radiografías en una sola fecha de servicios limitada a una serie completa de la boca.
D0274	Radiografías de aleta de mordida para la evaluación de los dientes y el hueso	2 (D0270-D0277) cada 12 meses. Cantidad máxima de radiografías en una sola fecha de servicios limitada a una serie completa de boca.
D0277	Radiografías de aleta de mordida para la evaluación de los dientes y el hueso	2 (D0270-D0277) cada 12 meses. Cantidad máxima de radiografías en una sola fecha de servicios limitada a una serie completa de boca.
D0330	Radiografía de boca completa para la evaluación de los dientes y la boca	1 (D0210, D0330, D0701, D0709) cada 36 meses. Cantidad máxima de radiografías en una sola fecha de servicios limitada a una serie completa de boca.
D0350	Fotografía bidimensional o imagen radiográfica	1 (D0350) cada 36 meses
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, D0703, D0706-D0709).
D0460	Prueba del nervio dental	1 (D0460) por visita.
D0701	Imágenes bucales completas y radiográficas bidimensionales de la cabeza	1 (D0701) cada 36 meses; 1 (D0210, D0330, D0701, D0709) cada 36 meses
D0703	Imágenes fotográficas, solo captura de imágenes	1 (D0703) cada 36 meses
D0706	Radiografías tomadas dentro de la boca	2 (D0706) cada 12 meses
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.

Código	Descripción General del Servicio	Periodicidad
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
D0709	Conjunto de radiografías de boca completa para la evaluación de los dientes y la boca: solo captura de imágenes	1 (D0210, D0330, D0701, D0709) cada 36 meses.
D1110	Limpieza dental estándar para adultos	2 (D1110) cada 12 meses
D1206	Tratamiento con flúor	1 (D1206, D1208) cada 12 meses
D1208	Tratamiento con flúor	1 (D1206, D1208) cada 12 meses
D1355	Aplicación de medicamentos para la prevención de la caries	Uno (D1355) por diente por 6 meses.
D9110	Procedimiento menor para el tratamiento de emergencia del dolor dental	1 (D9110) cada 12 meses.
D9310	Visitas a centro de convalecencia, hospitales, centros de cirugía o consultorios médicos	2 (D0140, D0160) cada 12 meses.
D9410	Visitas a hogares de ancianos, hospitales, centros de cirugía o consultorios médicos	1 (D9410, D9420, D9997) por fecha de servicio.
D9420	Visitas a hogares de ancianos, hospitales, centros de cirugía o consultorios médicos	1 (D9410, D9420, D9997) por fecha de servicio.
D9995	Teleodontología: realizada en tiempo real	1 (D9995-D9996) por fecha de servicio.
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.
D9997	Visitas a centro de convalecencia, 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 recubrimientos) 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.