

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.

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	H1848001000	Wellcare Giveback Open (PPO)
AR	H1416064000	Wellcare Giveback Dividend (HMO)
CT	H1914002000	Wellcare Giveback Open (PPO)
FL	H1032189000	Wellcare Giveback (HMO)
FL	H1032191000	Wellcare Giveback (HMO)
FL	H1032203000	Wellcare Specialty Giveback (HMO C-SNP)
FL	H1032204000	Wellcare Giveback (HMO)
FL	H1032227000	Wellcare Specialty Giveback (HMO C-SNP)
GA	H1112042000	Wellcare Giveback (HMO)
KY	H9730007000	Wellcare Giveback (HMO)
LA	H3047002000	Wellcare Giveback Open (PPO)
MA	H9761002000	Wellcare Giveback Open (PPO)
ME	H9364004000	Wellcare Giveback (HMO)
MI	H5475031000	Wellcare Giveback (HMO)
MO	H1664006000	Wellcare Giveback (HMO)
MS	H1416065000	Wellcare Giveback (HMO)
MS	H9811008000	Wellcare Giveback Boost (HMO)
NC	H0712023000	Wellcare No Premium Value (HMO)
NC	H7175004000	Wellcare Giveback Open (PPO)
NH	H0969003000	Wellcare Giveback Open (PPO)
NJ	H0913002000	Wellcare No Premium (HMO-POS)
NJ	H0913021000	Wellcare Giveback (HMO)
NY	H0088002000	Wellcare Giveback Open (PPO)
NY	H2775111000	Wellcare Giveback Open (PPO)
NY	H5599004000	Wellcare Fidelis No Premium (HMO)
OH	H5475032000	Wellcare Dividend Giveback (HMO)
OH	H0724007000	Wellcare Giveback Boost (HMO)
OH	H0908005000	Wellcare Giveback (HMO)
OH	H7169004000	Wellcare Patriot Giveback Open (PPO)
OK	H9900001000	Wellcare Giveback (HMO)
OR	H5439015000	Wellcare Giveback Open (PPO)
PA	H2128004000	Wellcare Giveback Open (PPO)
PA	H2915012000	Wellcare Giveback (HMO)
RI	H4699002000	Wellcare Giveback Open (PPO)
SC	H1416056000	Wellcare No Premium Value (HMO)
SC	H1416057000	Wellcare No Premium Value (HMO)

Estado	Paquete de Beneficios del Plan	Nombre del Plan
TN	H9428002000	Wellcare Giveback Open (PPO)
TX	H0174021000	Wellcare Giveback (HMO)
TX	H5294019000	Wellcare Giveback (HMO)
TX	H7323006000	Wellcare No Premium Rx Plus Open (PPO)
VT	H6594002000	Wellcare Giveback Open (PPO)

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)
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	D9410-D9420, D9997	Visitas a hogares de ancianos, hospitales, centros de cirugía o consultorios médicos	1 (D9410, D9420, D9997) por fecha de servicio
Otros Servicios Integrales	D9995	Teleodontología: realizada en tiempo real	Solo 1 de cualquiera (D9995-D9996) por fecha de servicio
Otros Servicios Integrales	D9996	Teleodontología: se realiza cuando la información se almacena y se envía a un dentista para su revisión posterior	

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.