

Detalles de los beneficios dentales

2026

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 2026 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 2026 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
AZ	H0351064000	Wellcare Giveback (HMO)
CT	H0712019000	Wellcare Simple (HMO-POS)
CT	H0712032000	Wellcare Giveback (HMO-POS)
CT	H1914001000	Wellcare Simple Open (PPO)
CT	H1914002000	Wellcare Giveback Open (PPO)
FL	H1032193000	Wellcare Giveback (HMO)
FL	H1032198000	Wellcare Giveback (HMO)
FL	H1032200000	Wellcare Giveback (HMO)
FL	H1032204000	Wellcare Giveback (HMO)
FL	H1032210000	Wellcare Giveback (HMO)
FL	H1032212000	Wellcare Giveback (HMO)
GA	H1112042000	Wellcare Giveback (HMO-POS)
LA	H2491031000	Wellcare Giveback (HMO-POS)
ME	H9364004000	Wellcare Giveback (HMO-POS)
MI	H5475031000	Wellcare Giveback (HMO-POS)
MO	H1664006000	Wellcare Giveback (HMO-POS)
MS	H1416065000	Wellcare Giveback (HMO-POS)
NC	H1914010000	Wellcare Giveback Open (PPO)
NE	H1215003000	Wellcare Giveback (HMO-POS)
NJ	H0913002000	Wellcare Low Premium (HMO-POS)
NJ	H0913021000	Wellcare Giveback (HMO-POS)
NJ	H0913022000	Wellcare Simple (HMO-POS)
NY	H5599004000	Wellcare Fidelis Simple (HMO-POS)
NY	H4868019000	Wellcare Simple (HMO-POS)
NY	H2775106000	Wellcare Simple Open (PPO)
NY	H2775111000	Wellcare Giveback Open (PPO)
OR	H5439015000	Wellcare Giveback Open (PPO)
OR	H5439019000	Wellcare Low Premium Open (PPO)
OR	H5439022001	Wellcare Simple Open (PPO)
OR	H5439022002	Wellcare Simple Open (PPO)
OR	H6815038000	Wellcare Low Premium (HMO-POS)
OR	H6815039000	Wellcare Simple (HMO-POS)
SC	H4847007000	Wellcare Giveback (HMO-POS)
TN	H1416079000	Wellcare Giveback (HMO-POS)

Estado	Paquete de beneficios del plan	Nombre del Plan
TX	H5294019000	Wellcare Giveback (HMO)
TX	H7323012000	Wellcare Simple 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)

Descargo de responsabilidad:

Texas (H0174, H4506, H7323): Wellcare (HMO, HMO SNP y PPO) incluye productos que están suscritos por WellCare of Texas, Inc., WellCare National Health Insurance Company, Superior HealthPlan, Inc. y SelectCare of Texas, Inc.

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* del 2026 para conocer cualquier gasto compartido aplicable y el beneficio máximo.

Programa de beneficios dentales del 2026

Código	Descripción del código	Periodicidad
Servicios de diagnóstico (preventivos)		
D0120	Evaluación bucal periódica	2 (D0120) cada año del plan; no dentro de los 6 meses posteriores a un D0150.
D0140	Evaluación bucal limitada	2 (D0140, D0160, D9310) cada año del plan.
D0150	Evaluación bucal integral	1 (D0150) cada 3 años del plan; no dentro de los 3 años del plan de D0120.
D0160	Evaluación de salud bucal, con enfoque en el problema	2 (D0140, D0160, D9310) cada año del plan.
D0180	Evaluación periodontal completa	2 (D0180) cada año del plan; no en la misma fecha que un D0120 o D0150.
D0210	Serie completa e intraoral de imágenes radiográficas	1 (D0210, D0330, D0701, D0709) cada 3 años del plan
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.
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.

Código	Descripción del código	Periodicidad
D0240	Imagen radiográfica oclusal, intraoral	1 (D0240) cada año del plan
D0251	Imagen radiográfica dental posterior extraoral	2 (D0251) cada año del plan
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.
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.
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.
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.
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.
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.
D0350	Imagen fotográfica bucal/facial 2D, intrabucal/extrabucal	1 (D0350) cada 3 años del plan.
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).

Código	Descripción del código	Periodicidad
D0460	Prueba de vitalidad pulpar	1 (D0460) por visita.
D0701	Imagen radiográfica panorámica, solo la captura	1 (D0210, D0330, D0701, D0709) cada 3 años del plan
D0703	Imagen fotográfica 2D, solo la captura	1 (D0703) cada 3 años del plan
D0706	Intrabucal, imagen radiográfica oclusal, solo la captura	2 (D0706) cada año del plan.
D0707	Intrabucal, imagen radiográfica periapical, solo la captura	1 (D0707) por fecha de servicio
D0708	Intrabucal, imagen radiográfica interproximal, solo la captura	2 (D0708) cada año del plan.
D0709	Serie completa e intraoral de imágenes radiográficas, solo la captura	1 (D0210, D0330, D0701, D0709) cada 3 años del plan
D1110	Profilaxis, adulto	2 (D1110) cada año del plan.
D1206	Barniz de fluoruro	1 (D1206, D1208) cada año del plan
D1208	Aplicación tópica de flúor, no incluye el barniz	1 (D1206, D1208) cada año del plan

Código	Descripción del código	Periodicidad
D1355	Aplicación de un medicamento para prevenir la caries dental	1 (D1355) por diente cada 6 meses.
D9310	Consulta, que no sea con el dentista solicitante	2 (D0140, D0160, D9310) cada año del plan.
Servicios integrales		
D9110	Tratamiento paliativo (de emergencia), procedimiento menor	1 (D9110) cada año del plan.
D9410	Visita domiciliaria o al centro de atención prolongada	1 (D9410, D9420, D9997) por fecha de servicio.
D9420	Visita al hospital o al centro de cirugía ambulatoria	1 (D9410, D9420, D9997) por fecha de servicio.
D9995	Teleodontología; síncrona; encuentro en tiempo real	1 (D9995-D9996) por fecha de servicio.
D9996	Teleodontología; asíncrona; información almacenada y dirigida al dentista para su revisión posterior	1 (D9995-D9996) por fecha de servicio.
D9997	Administración de casos dentales, pacientes con necesidades especiales	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 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 intercuspidéas) 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.