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
DE	H4661005000	Wellcare Delaware First Health Dual Select (HMO-POS D-SNP)
FL	H1032195000	Wellcare Giveback (HMO-POS)
GA	H1112039000	Wellcare Simple (HMO-POS)
GA	H1112043000	Wellcare Assist (HMO-POS)
GA	H1112047000	Wellcare Peach State Health Plan Dual Access (HMO-POS D-SNP)
GA	H1112049000	Wellcare Simple (HMO-POS)
IA	H1862004000	Wellcare Iowa Total Care Dual Access (HMO-POS D-SNP)
IA	H1862006000	Wellcare Iowa Total Care Dual Reserve (HMO-POS D-SNP)
IL	H1416009000	Wellcare Simple (HMO-POS)
IL	H1416084000	Wellcare Simple Value (HMO-POS)
IN	H3499002000	Wellcare Simple (HMO-POS)
KY	H9730003000	Wellcare Dual Access (HMO-POS D-SNP)
KY	H9730009000	Wellcare Simple (HMO-POS)
KY	H9730011000	Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP)
KY	H3975001000	Wellcare Simple Open (PPO)
LA	H2491010000	Wellcare Assist (HMO-POS)
LA	H2491025000	Wellcare Louisiana Connections Dual Reserve (HMO-POS D-SNP)
LA	H2491030000	Wellcare Patriot Giveback (HMO-POS)
LA	H2491035000	Wellcare Louisiana Connections Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)
LA	H2491036000	Wellcare Louisiana Connections Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)
ME	H9364002000	Wellcare Dual Access (HMO-POS D-SNP)
ME	H9364003000	Wellcare Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)
MI	H5475001000	Wellcare Meridian Health Dual Access (HMO-POS D-SNP)
MS	H1416086001	Wellcare Simple (HMO-POS)
MS	H1416087001	Wellcare Magnolia Health Dual Access (HMO-POS D-SNP)
MS	H1416087003	Wellcare Magnolia Health Dual Access (HMO-POS D-SNP)
MS	H0074004000	Wellcare Magnolia Health Dual Access Open (PPO D-SNP)
NC	H1914007000	Wellcare Simple Open (PPO)

Estado	Paquete de beneficios del plan	Nombre del Plan
NC	H4073003000	Wellcare Carolina Complete Dual Reserve (HMO-POS D-SNP)
NC	H4073004000	Wellcare Carolina Complete Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)
NV	H0351068000	Wellcare SilverSummit Healthplan Dual Access (HMO-POS D-SNP)
NY	H5599010000	Wellcare Fidelis Patriot Simple (HMO-POS)
OH	H4158003000	Wellcare Buckeye Health Dual Reserve (HMO D-SNP)
PA	H2915018000	Wellcare PA Health & Wellness Dual Select (HMO-POS D-SNP)
SC	H7326001000	Wellcare Simple Open (PPO)
SC	H7326007000	Wellcare Assist Open (PPO)
SC	H4847006000	Wellcare Patriot Giveback (HMO-POS)
TX	H4506003000	Wellcare TexanPlus Classic Simple (HMO-POS)
TX	H0174010000	Wellcare Simple (HMO)
TX	H0174014000	Wellcare Simple (HMO)
TX	H0174015000	Wellcare Simple (HMO)
TX	H0174016000	Wellcare Simple (HMO)
WI	H8189007000	Wellcare MHS Health Wisconsin Dual Select (HMO-POS D-SNP)
WI	H8189008000	Wellcare Simple (HMO-POS)

Descargo de responsabilidad:

Louisiana D-SNP (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.

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, 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 (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
D0251	Imagen radiográfica dental posterior extraoral	2 (D0251) cada año del plan	No

Código	Descripción del código	Periodicidad	Autorización previa
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
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

Código	Descripción del código	Periodicidad	Autorización previa
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 de restauración			
D2140	Amalgama, una superficie, pieza primaria o permanente	1 (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie, por diente, cada 2 años del plan.	No
D2150	Amalgama, dos superficies, pieza primaria o permanente	1 (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie, por diente, cada 2 años del plan.	No
D2160	Amalgama, tres superficies, pieza primaria o permanente	1 (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie, por diente, cada 2 años del plan.	No

Código	Descripción del código	Periodicidad	Autorización previa
D2161	Amalgama, cuatro superficies o más, pieza primaria o permanente	1 (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 (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 (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 (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie, por diente, cada 2 años del plan.	No
D2335	Material compuesto a base de resina, cuatro superficies o más, incluyendo el ángulo incisal	1 (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 (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 (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 (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 (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

Código	Descripción del código	Periodicidad	Autorización previa
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
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
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,	1 (D2910-D2920) por diente cada año del plan; no cubierto dentro de los 6 meses posteriores a la entrega.	No

Código	Descripción del código	Periodicidad	Autorización previa
	incrustación cuspídea parcial, carilla o cobertura parcial		
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 (D2951) por diente cada 7 años del plan.	No
D2952	Perno y muñón dental además de la corona, indirectamente fabricados	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
D2953	Cada perno adicional indirectamente fabricado, mismo diente	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
D2954	Perno y núcleo prefabricados, además de la corona	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
D2957	Cada perno prefabricado adicional, mismo diente	1 (D2950, D2952-D2954, D2957) por diente cada 7 años del plan. Solo cuando es necesario para poder proporcionar soporte a una corona aprobada.	No

Código	Descripción del código	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
D3310	Terapia de endodoncia, dientes anteriores (no incluye la restauración final)	1 (D3310-D3330) por diente de por vida; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante.	No
D3320	Terapia de endodoncia, dientes premolares (no incluye la restauración final)	1 (D3310-D3330) por diente de por vida; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante.	No
D3330	Terapia de endodoncia, dientes molares (no incluye la restauración final)	1 (D3310-D3330) por diente de por vida; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante.	No
D3332	Terapia de endodoncia incompleta; diente inoperable, no restaurable, fracturado	1 (D3331-D3333) por diente de por vida; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante.	No
D3346	Retratamiento de tratamiento de conducto radicular previo, anterior	1 (D3346-D3348) por diente de por vida; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante; el retratamiento no se puede pagar al mismo proveedor en 1 año del plan siguiente al tratamiento de conducto original.	No
D3347	Retratamiento de tratamiento de conducto radicular previo, premolar	1 (D3346-D3348) por diente de por vida; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante; el retratamiento no se puede pagar al mismo proveedor en 1 año del plan siguiente al tratamiento de conducto original.	No
D3348	Retratamiento de tratamiento de conducto radicular previo, molar	1 (D3346-D3348) por diente de por vida; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante; el retratamiento no se puede pagar al	No

Código	Descripción del código	Periodicidad	Autorización previa
		mismo proveedor en 1 año del plan siguiente al tratamiento de conducto original.	
Periodoncia			
D4341	Limpieza profunda para 4 o más dientes en un cuadrante	1 (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 (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 (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 (D4910) cada año del plan; no dentro de los 90 días posteriores a un D1110.	No
Prostodoncia (removible)			
D5110	Dentadura completa, maxilar	1 (D5110, D5130, D5211, D5213, D5225, D5284 o D5286) cada 5 años del plan para la mandíbula superior.	Sí
D5120	Dentadura completa, mandibular	1 (D5120, D5140, D5212, D5214, D5226, D5284 o D5286) cada 5 años del plan para la mandíbula inferior.	Sí
D5130	Dentadura inmediata, maxilar	1 (D5110, D5130, D5211, D5213, D5225, D5284 o D5286) cada 5 años del plan para la mandíbula superior.	Sí

Código	Descripción del código	Periodicidad	Autorización previa
D5140	Dentadura inmediata, mandibular	1 (D5120, D5140, D5212, D5214, D5226, D5284 o D5286) cada 5 años del plan para la mandíbula inferior.	Sí
D5211	Dentadura postiza parcial maxilar, base de resina	1 (D5110, D5130, D5211, D5213, D5225, D5284 o D5286) cada 5 años del plan para la mandíbula superior.	Sí
D5212	Dentadura postiza parcial mandibular, base de resina	1 (D5120, D5140, D5212, D5214, D5226, D5284 o D5286) cada 5 años del plan para la mandíbula inferior.	Sí
D5213	Dentadura postiza parcial maxilar, metal fundido, base de resina	1 (D5110, D5130, D5211, D5213, D5225, D5284 o D5286) cada 5 años del plan para la mandíbula superior.	Sí
D5214	Dentadura postiza parcial mandibular, metal fundido, base de resina	1 (D5120, D5140, D5212, D5214, D5226, D5284 o D5286) cada 5 años del plan para la mandíbula inferior.	Sí
D5225	Dentadura postiza parcial maxilar, base flexible	1 (D5110, D5130, D5211, D5213, D5225, D5284 o D5286) cada 5 años del plan para la mandíbula superior.	Sí
D5226	Dentadura postiza parcial mandibular, base flexible	1 (D5120, D5140, D5212, D5214, D5226, D5284 o D5286) cada 5 años del plan para la mandíbula inferior.	Sí
D5410	Ajuste de la dentadura completa, maxilar	1 (D5410-D5512, D5611-D5622) por arco, cada año del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluida la dentadura si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis.	No
D5411	Ajuste de la dentadura completa, mandibular	1 (D5410-D5512, D5611-D5622) por arco, cada año del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluida la dentadura si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis.	No
D5421	Ajuste de la dentadura postiza parcial, maxilar	1 (D5410-D5512, D5611-D5622) por arco, cada año del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluida la dentadura si se	No

Código	Descripción del código	Periodicidad	Autorización previa
		encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis.	
D5422	Ajuste de la dentadura postiza parcial, mandibular	1 (D5410-D5512, D5611-D5622) por arco, cada año del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluida la dentadura si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis.	No
D5511	Reparación de base de dentadura postiza completa rota, mandibular	1 (D5410-D5512, D5611-D5622) por arco, cada año del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluida la dentadura si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis.	No
D5512	Reparación de base de dentadura postiza completa rota, maxilar	1 (D5410-D5512, D5611-D5622) por arco, cada año del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluida la dentadura si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis.	No
D5520	Reemplazo de dientes faltantes o rotos, dentadura postiza completa	1 (D5520, D5630, D5640, D5650) por diente, cada año del plan; incluida la dentadura si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis; solo 1 (D5660) por arco cada año del plan; solo 1 de cualquiera (D5670-D5671) por arco cada 2 años del plan.	No
D5611	Reparación de base de dentadura postiza parcial de resina, mandibular	1 (D5410-D5512, D5611-D5622) por arco, cada año del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluida la dentadura si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis.	No

Código	Descripción del código	Periodicidad	Autorización previa
D5612	Reparación de base de dentadura postiza parcial de resina, maxilar	1 (D5410-D5512, D5611-D5622) por arco, cada año del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluida la dentadura si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis.	No
D5621	Reparación de estructura parcial de fundición, mandibular	1 (D5410-D5512, D5611-D5622) por arco, cada año del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluida la dentadura si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis.	No
D5622	Reparación de estructura parcial de fundición, maxilar	1 (D5410-D5512, D5611-D5622) por arco, cada año del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluida la dentadura si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis.	No
D5630	Reparación o reemplazo del gancho de retención roto, por diente	1 (D5520, D5630, D5640, D5650) por diente, cada año del plan; incluida la dentadura si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis; 1 (D5660) por arco cada año del plan; 1 (D5670-D5671) por arco cada 2 años del plan.	No
D5640	Reemplazo de dientes rotos, por diente	1 (D5520, D5630, D5640, D5650) por diente, cada año del plan; incluida la dentadura si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis; 1 (D5660) por arco cada año del plan; 1 (D5670-D5671) por arco cada 2 años del plan.	No
D5650	Agregado de diente a dentadura postiza parcial existente	1 (D5520, D5630, D5640, D5650) por diente, cada año del plan; incluida la dentadura si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega	No

Código	Descripción del código	Periodicidad	Autorización previa
		de la prótesis; 1 (D5660) por arco cada año del plan; 1 (D5670-D5671) por arco cada 2 años del plan.	
D5660	Agregado de gancho a dentadura postiza parcial existente, por diente	1 (D5520, D5630, D5640, D5650) por diente, cada año del plan; incluida la dentadura si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis; 1 (D5660) por arco cada año del plan; 1 (D5670-D5671) por arco cada 2 años del plan.	No
D5670	Reemplazo de todos los dientes y el acrílico en la estructura de metal fundido, maxilar	1 (D5520, D5630, D5640, D5650) por diente, cada año del plan; incluida la dentadura si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis; 1 (D5660) por arco cada año del plan; 1 (D5670-D5671) por arco cada 2 años del plan.	No
D5671	Reemplazo de todos los dientes y el acrílico en la estructura de metal fundido, mandibular	1 (D5520, D5630, D5640, D5650) por diente, cada año del plan; incluida la dentadura si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis; 1 (D5660) por arco cada año del plan; 1 (D5670-D5671) por arco cada 2 años del plan.	No
D5710	Rebasado de la dentadura postiza maxilar completa	1 (D5710-D5721, D5730-D5761) por arco, cada 2 años del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluso si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis.	No
D5711	Rebasado de la dentadura postiza mandibular completa	1 (D5710-D5721, D5730-D5761) por arco, cada 2 años del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluso si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis.	No
D5720	Rebasado de la dentadura postiza maxilar parcial	1 (D5710-D5721, D5730-D5761) por arco, cada 2 años del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la	No

Código	Descripción del código	Periodicidad	Autorización previa
		entrega; incluso si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis.	
D5721	Rebasado de la dentadura postiza mandibular parcial	1 (D5710-D5721, D5730-D5761) por arco, cada 2 años del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluso si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis.	No
D5730	Recubrimiento de la dentadura maxilar completa, en el consultorio odontológico	1 (D5710-D5721, D5730-D5761) por arco, cada 2 años del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluso si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis.	No
D5731	Recubrimiento de la dentadura mandibular completa, en el consultorio odontológico	1 (D5710-D5721, D5730-D5761) por arco, cada 2 años del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluso si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis.	No
D5740	Recubrimiento de la dentadura parcial maxilar, en el consultorio odontológico	1 (D5710-D5721, D5730-D5761) por arco, cada 2 años del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluso si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis.	No
D5741	Recubrimiento de la dentadura parcial mandibular, en el consultorio odontológico	1 (D5710-D5721, D5730-D5761) por arco, cada 2 años del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluso si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis.	No
D5750	Recubrimiento de la dentadura maxilar completa, en el laboratorio protésico	1 (D5710-D5721, D5730-D5761) por arco, cada 2 años del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluso si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis.	No

Código	Descripción del código	Periodicidad	Autorización previa
D5751	Recubrimiento de la dentadura mandibular completa, en el laboratorio protésico	1 (D5710-D5721, D5730-D5761) por arco, cada 2 años del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluso si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis.	No
D5760	Recubrimiento de la dentadura parcial maxilar, en el laboratorio protésico	1 (D5710-D5721, D5730-D5761) por arco, cada 2 años del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluso si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis.	No
D5761	Recubrimiento de la dentadura parcial mandibular, en el laboratorio protésico	1 (D5710-D5721, D5730-D5761) por arco, cada 2 años del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluso si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis.	No
D5765	Revestimiento blando para dentadura postiza removible parcial o completa, indirecto	1 (D5765) por arco, cada 2 años del plan, no dentro de los seis meses posteriores a la entrega de la dentadura postiza.	No
D5850	Acondicionamiento de tejidos, maxilar	1 (D5850-D5851) por arco, cada año del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluso si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis.	No
D5851	Acondicionamiento de tejidos, mandibular	1 (D5850-D5851) por arco, cada año del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluso si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis.	No
Cirugía oral			
D7140	Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta	1 (D7140) por diente de por vida	No

Código	Descripción del código	Periodicidad	Autorización previa
D7210	Extracción, diente erupcionado que requiere extracción de hueso o corte del diente	1 (D7210) por diente de por vida	Sí
D7220	Extracción de diente retenido, tejido blando	1 (D7220) por diente de por vida	No
D7230	Extracción de diente retenido, parcialmente ósea	1 (D7230) por diente de por vida	No
D7240	Extracción de diente retenido, completamente ósea	1 (D7240) por diente de por vida	No
D7241	Extracción de diente retenido, completamente ósea, complicación	1 (D7241) por diente de por vida	No
D7250	Extracción de restos radiculares (procedimiento de corte)	1 (D7140-D7251) 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
D7251	Coronectomía, extracción parcial intencional del diente, solo el diente retenido	1 (D7251) por diente de por vida.	No
D7310	Alveoloplastia con extracciones, cuatro o más dientes, por cuadrante	1 (D7310-D7321) por cuadrante, de por vida. Solo en preparación para un tratamiento de dentadura postiza completa o parcial planificado con un espacio desdentado de al menos tres dientes contiguos.	Sí
D7311	Alveoloplastia con extracciones, de uno a tres dientes, por cuadrante	1 (D7310-D7321) por cuadrante, de por vida. Solo en preparación para un tratamiento de dentadura postiza completa o parcial planificado con un espacio desdentado de al menos tres dientes contiguos.	Sí
D7320	Alveoloplastia sin extracciones, cuatro o más dientes, por cuadrante	1 (D7310-D7321) por cuadrante, de por vida. Solo en preparación para un tratamiento de dentadura postiza completa o parcial planificado con un espacio desdentado de al menos tres dientes contiguos.	Sí

Código	Descripción del código	Periodicidad	Autorización previa
D7321	Alveoloplastia sin extracciones, de uno a tres dientes, por cuadrante	1 (D7310-D7321) por cuadrante, de por vida. Solo en preparación para un tratamiento de dentadura postiza completa o parcial planificado con un espacio desdentado de al menos tres dientes contiguos.	Sí
Servicios generales complementarios			
D9110	Tratamiento paliativo (de emergencia), procedimiento menor	1 (D9110) cada año del plan.	No
D9222	Sedación profunda/anestesia general, primer incremento de 15 minutos	1 (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 (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 (D0140, D0160, D9310) cada año del plan.	No
D9942	Reparación o recubrimiento de la férula oclusal	1 (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 (D9944-D9946) cada 5 años del plan.	No
D9945	Férula oclusal, dispositivo blando, arco completo	1 (D9944-D9946) cada 5 años del plan.	No
D9946	Férula oclusal, dispositivo duro, arco parcial	1 (D9944-D9946) cada 5 años del plan.	No

Código	Descripción del código	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 molares y premolares en ambos cuadrantes del mismo arco, una solicitud de beneficio para uno o más puentes fijos de molares y premolares 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.