

# Detalles de los Beneficios Dentales

## 2024

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 2024 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 2024 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	H4343001000	Wellcare Complete - Giveback (HMO)
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	H1032193000	Wellcare Giveback (HMO)
FL	H1032198000	Wellcare Giveback (HMO)
FL	H1032204000	Wellcare Giveback (HMO)
FL	H1032209000	Wellcare Giveback (HMO)
FL	H1032210000	Wellcare Giveback (HMO)
FL	H1032212000	Wellcare Giveback (HMO)
GA	H1112042000	Wellcare Giveback (HMO)
HI	H6605001000	Wellcare 'Ohana No Premium Open (PPO)
IL	H7399001000	Wellcare Complete - Giveback (HMO)
KS	H5398004000	Wellcare Complete - Giveback (HMO)
KY	H9730007000	Wellcare Giveback (HMO)
LA	H3047002000	Wellcare Giveback Open (PPO)
MA	H9761002000	Wellcare Giveback Open (PPO)
ME	H9364004000	Wellcare Giveback (HMO)
ME	H2775109000	Wellcare No Premium Open (PPO)
MI	H0482003000	Wellcare Complete - Giveback (HMO)
MI	H5475031000	Wellcare Giveback (HMO)
MS	H1416065000	Wellcare Giveback (HMO)
NC	H7175004000	Wellcare Giveback Open (PPO)
NE	H1215003000	Wellcare Giveback (HMO)
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	H2816013000	Wellcare Premium Ultra (PFFS)
NY	H2816019000	Wellcare Premium Enhanced (PFFS)
OH	H0908005000	Wellcare Giveback (HMO)

Estado	Paquete de Beneficios del Plan	Nombre del Plan
OH	H5475032000	Wellcare Dividend Giveback (HMO)
OK	H9900001000	Wellcare Giveback (HMO)
OR	H5439015000	Wellcare Giveback Open (PPO)
PA	H2128004000	Wellcare Giveback Open (PPO)
SC	H1416056000	Wellcare No Premium Value (HMO)
SC	H1416057000	Wellcare No Premium Value (HMO)
SC	H7326003000	Wellcare Giveback Open (PPO)
TN	H1416079000	Wellcare Giveback (HMO)
TN	H9428002000	Wellcare Giveback Open (PPO)
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)
TX	H5294019000	Wellcare Giveback (HMO)
TX	H6678003000	Wellcare Complete - Giveback (HMO)
TX	H7323006000	Wellcare No Premium Rx Plus Open (PPO)
TX	H7323011000	Wellcare Mutual of Omaha No Premium Secure Open (PPO)
TX	H7323012000	Wellcare Mutual of Omaha No Premium Secure Open (PPO)
VT	H6594002000	Wellcare Giveback Open (PPO)
WA	H5439015000	Wellcare Giveback Open (PPO)

### Descargos de Responsabilidad:

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

**Texas (H0174, 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 2024 para conocer cualquier gasto compartido aplicable y el beneficio máximo.

### Programa de Beneficios Dentales del 2024

Categoría	Código	Descripción General del Servicio	Frecuencia (con qué frecuencia nuestro plan realizará pagos)
<b>Servicios dentales preventivos</b> Los códigos preventivos no cuentan para el monto máximo del plan.			
Exámenes bucales	D0120	Examen periódico de rutina completado durante la revisión	2 (D0120) cada 12 meses; no dentro de los 6 meses posteriores a un D0150
Exámenes bucales	D0140	Examen limitado para evaluar un problema	2 (D0140, D0160) cada 12 meses. Este servicio cuenta con una frecuencia de examen limitada (D9440).
Exámenes bucales	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
Exámenes bucales	D0160	Examen detallado y exhaustivo centrado en el problema	2 (D0140, D0160) cada 12 meses.
Exámenes bucales	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.

Categoría	Código	Descripción General del Servicio	Frecuencia (con qué frecuencia nuestro plan realizará pagos)
Radiografías Dentales	D0230	Radiografías para una evaluación más exhaustiva en las áreas alrededor de las raíces de los dientes	4 (D0230) por fecha de servicio.
Radiografías Dentales	D0240	Imagen radiográfica oclusal intraoral	1 (D0240) cada 12 meses.
Radiografías Dentales	D0251	Imagen radiográfica extraoral	2 (D0251) cada 12 meses.
Radiografías Dentales	D0270, D0272, D0273	Radiografías de aleta de mordida para la evaluación de los dientes y el hueso	2 (D0270-D0274) cada 12 meses.
Radiografías Dentales	D0274	Radiografías de aleta de mordida para la evaluación de los dientes y el hueso	2 (D0270-D0274) cada 12 meses. No cubierto durante los 6 meses posteriores al examen (D0120, D0140, D0150, D0160 y D0180).
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. No cubierto durante los 6 meses posteriores al examen (D0120, D0140, D0150, D0160 y D0180).
I Radiografías Dentales	D0350	Fotografía bidimensional o imagen radiográfica	1 (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	Imágenes bucales completas y radiográficas bidimensionales de la cabeza	1 (D0701) cada 36 meses; 1 (D0210, D0330, D0701, D0709) cada 36 meses.

Categoría	Código	Descripción General del Servicio	Frecuencia (con qué frecuencia nuestro plan realizará pagos)
Radiografías Dentales	D0703	Imágenes fotográficas, solo captura de imágenes	1 (D0703) cada 36 meses.
Radiografías Dentales	D0706	Radiografías tomadas dentro de la boca	2 (D0706) 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 (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.
Otros servicios	D1110	Limpieza dental estándar para adultos	2 (D1110) cada 12 meses.
Servicios de Fluoruro	D1206, D1208	Tratamiento con flúor	1 (D1206, D1208) cada 12 meses.
Otros servicios	D1355	Aplicación de medicamentos para la prevención de la caries.	Solo uno de los siguientes por diente por 6mo D1355.
Otros servicios	D9110	Procedimiento menor para el tratamiento de emergencia del dolor dental	1 (D9110) cada 12 meses.
<b>Servicios (de Diagnóstico) Dentales Integrales</b>			
Diagnóstico	D0277	Radiografías de aleta de mordida para la evaluación de los dientes y el hueso	Solo uno de los siguientes por cada 12 meses por grupo de proveedores: (D0270, D0272, D0274, D0277). El reembolso máximo en una sola fecha de servicio para radiografías se

Categoría	Código	Descripción General del Servicio	Frecuencia (con qué frecuencia nuestro plan realizará pagos)
			limita al monto correspondiente a una serie completa (D0210).
Diagnóstico	D0460	Prueba del nervio dental	1 (D0460) por diente por fecha de servicio.
<b>Servicios Cubiertos Adicionales</b>			
Servicios Generales Complementarios	D9410, D9420	Visitas a hogares de ancianos, hospitales, centros de cirugía o consultorios médicos	1 (D9410, D9420, D9997) por fecha de servicio.
Teleodontología	D9995	Teleodontología: realizada en tiempo real	1 (D9995-D9996) por fecha de servicio.
Teleodontología	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.
Servicios Generales Complementarios	D9997	Visitas a hogares de ancianos, 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 u 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.

### **Es posible que se necesite**

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.