

# 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 portada de la *Evidencia de Cobertura*, en la esquina inferior derecha.

Estado	Paquete de Beneficios del Plan	Nombre del Plan
AR	H1416041000	Wellcare Assist Compass (HMO-POS)
AR	H1416055000	Wellcare Simple Preferred (HMO-POS)
AZ	H0351038000	Wellcare Specialty Simple (HMO C-SNP)
AZ	H0351054000	Wellcare Giveback (HMO)
AZ	H0351057000	Wellcare Specialty Simple (HMO C-SNP)
AZ	H0351065000	Wellcare Simple Value (HMO)
CT	H0712005000	Wellcare Dual Access (HMO-POS D-SNP)
CT	H0712019000	Wellcare Simple (HMO-POS)
CT	H0712029000	Wellcare Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)
CT	H1914001000	Wellcare Simple Open (PPO)
DE	H4661001000	Wellcare Simple (HMO-POS)
FL	H1032190000	Wellcare Simple (HMO)
FL	H1032200000	Wellcare Giveback (HMO)
GA	H0111001000	Wellcare Mutual of Omaha Simple Open (PPO)
GA	H0111007000	Wellcare Patriot Giveback Open (PPO)
IL	H6713002000	Wellcare Giveback Open (PPO)
IL	H6713003000	Wellcare Patriot Giveback Open (PPO)
IN	H3499002000	Wellcare Simple (HMO)
IN	H6348005000	Wellcare Patriot Giveback Open (PPO)
KS	H6550003000	Wellcare Simple (HMO-POS)
KS	H6550007000	Wellcare Giveback (HMO-POS)
KS	H9387001000	Wellcare Simple Open (PPO)
KS	H9387002000	Wellcare Patriot Giveback Open (PPO)
KY	H9730007000	Wellcare Giveback (HMO-POS)
KY	H9730011000	Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP)
LA	H2491016000	Wellcare Endurance (HMO-POS)
ME	H9364004000	Wellcare Giveback (HMO-POS)
ME	H2775115000	Wellcare Dual Access Open (PPO D-SNP)
MO	H1664006000	Wellcare Giveback (HMO-POS)
NC	H1914011000	Wellcare Patriot Giveback Open (PPO)
NC	H7175005000	Wellcare Patriot Giveback Open (PPO)
NE	H1215001000	Wellcare Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)
NE	H1395001000	Wellcare Dual Access Open (PPO D-SNP)
NE	H1395004000	Wellcare Patriot Giveback Open (PPO)
NJ	H0913015000	Wellcare Assist (HMO-POS)
NY	H5599002000	Wellcare Fidelis Assist (HMO-POS)

Estado	Paquete de Beneficios del Plan	Nombre del Plan
NY	H5599004000	Wellcare Fidelis Simple (HMO-POS)
NY	H4868016000	Wellcare Assist (HMO-POS)
NY	H2775106000	Wellcare Simple Open (PPO)
NY	H2775113000	Wellcare Assist Open (PPO)
OR	H2174012000	Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP)
OR	H5439011000	Wellcare Premium Ultra Open (PPO)
OR	H5439017000	Wellcare Simple Open (PPO)
OR	H6815039000	Wellcare Simple (HMO-POS)
PA	H2128002000	Wellcare Simple Open (PPO)
TX	H5294017000	Wellcare Simple (HMO)
TX	H5294018000	Wellcare Simple (HMO)
TX	H7323005000	Wellcare Dual Access Open (PPO D-SNP)
TX	H4506029000	Wellcare TexanPlus Simple (HMO-POS)
WA	H5965007000	Wellcare Mutual of Omaha Premium Enhanced Open (PPO)
WA	H0029009000	Wellcare Giveback (HMO-POS)

### Descargos de Responsabilidad:

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

**Texas (H4506):** 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.

**Texas (H7323):** para los miembros de Texas D-SNP: como miembro de Wellcare HMO D-SNP, usted cuenta con la cobertura de Medicare y Medicaid. Usted recibe su cobertura de atención médica y medicamentos con receta de Medicare a través de Wellcare y, además, es elegible para recibir servicios adicionales de atención médica y cobertura a través de Texas Medicaid. Para obtener más información acerca de los proveedores que participan en Texas Medicaid, visite <https://www.wellcarefindaprovider.com/navigate-a-network.html>. Para obtener información detallada sobre los beneficios de Texas Medicaid, visite el sitio web de Texas Medicaid en <https://www.hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip/medicaid-chip-members/starplus>. Para solicitar una copia escrita de nuestro Directorio de Proveedores de Medicaid, comuníquese con nosotros.

**Washington (H5965):** residentes de Washington: “Wellcare” se ofrece a través de WellCare Health Insurance Company of Washington, Inc.

**Washington (H0029):** residentes de Washington: “Wellcare” se ofrece mediante Coordinated Care of Washington, 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. Los códigos cubiertos marcados con asterisco (\*) son una lista parcial que podría requerir autorización previa (podrían aplicarse otros códigos).

### 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
<b>D0272</b>	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.
<b>D0273</b>	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.
<b>D0274</b>	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.
<b>D0277</b>	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.
<b>D0330</b>	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 la boca.
<b>D0350</b>	Fotografía bidimensional o imagen radiográfica.	1 (D0350) cada 36 meses
<b>D0391</b>	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).
<b>D0460</b>	Prueba del nervio dental.	1 (D0460) por visita.
<b>D0701</b>	Imágenes bucales completas y radiográficas bidimensionales de la cabeza.	1 (D0701) cada 36 meses; 1 (D0210, D0330, D0701, D0709) cada 36 meses.
<b>D0703</b>	Imágenes fotográficas, solo captura de imágenes.	1 (D0703) cada 36 meses
<b>D0706</b>	Radiografías tomadas dentro de la boca.	2 (D0706) cada 12 meses
<b>D0707</b>	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.
<b>D0708</b>	Radiografías de aleta de mordida para la evaluación de los dientes y el hueso: solo captura de imágenes.	2 (D0708) cada 12 meses.

Código	Descripción General del Servicio	Periodicidad
<b>D0709</b>	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.
<b>D1110</b>	Limpieza dental estándar para adultos	2 (D1110) cada 12 meses.
<b>D1206</b>	Tratamiento con flúor	1 (D1206, D1208) cada 12 meses.
<b>D1208</b>	Tratamiento con flúor	1 (D1206, D1208) cada 12 meses.
<b>D1355</b>	Aplicación de medicamentos para la prevención de caries.	Uno (D1355) por diente por 6 meses.
<b>D2140</b>	Rellenos metálicos o de color del diente colocados directamente en la boca en los dientes anteriores, premolares o posteriores.	1 (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie, por diente, cada 24 meses.
<b>D2150</b>	Rellenos metálicos o de color del diente colocados directamente en la boca en los dientes anteriores, premolares o posteriores.	1 (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie, por diente, cada 24 meses.
<b>D2160</b>	Rellenos metálicos o de color del diente colocados directamente en la boca en los dientes anteriores, premolares o posteriores.	1 (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie, por diente, cada 24 meses.
<b>D2161</b>	Rellenos metálicos o de color del diente colocados directamente en la boca en los dientes anteriores, premolares o posteriores.	1 (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie, por diente, cada 24 meses.
<b>D2330</b>	Rellenos metálicos o de color del diente colocados directamente en la boca en los dientes anteriores, premolares o posteriores.	1 (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie, por diente, cada 24 meses.
<b>D2331</b>	Rellenos metálicos o de color del diente colocados directamente en la boca en los dientes anteriores, premolares o posteriores.	1 (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie, por diente, cada 24 meses.
<b>D2332</b>	Rellenos metálicos o de color del diente colocados directamente en la boca en los dientes anteriores, premolares o posteriores.	1 (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie, por diente, cada 24 meses.

Código	Descripción General del Servicio	Periodicidad
<b>D2335</b>	Rellenos metálicos o de color del diente colocados directamente en la boca en los dientes anteriores, premolares o posteriores.	1 (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie, por diente, cada 24 meses.
<b>D2390</b>	Corona del color del diente colocada directamente en la boca para los dientes anteriores únicamente.	1 (D2390) por diente cada 24 meses. Debe tener al menos un 50% de soporte óseo restante.
<b>D2391</b>	Rellenos metálicos o de color del diente colocados directamente en la boca en los dientes anteriores, premolares o posteriores.	1 (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie, por diente, cada 24 meses.
<b>D2392</b>	Rellenos metálicos o de color del diente colocados directamente en la boca en los dientes anteriores, premolares o posteriores.	1 (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie, por diente, cada 24 meses.
<b>D2393</b>	Rellenos metálicos o de color del diente colocados directamente en la boca en los dientes anteriores, premolares o posteriores.	1 (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie, por diente, cada 24 meses.
<b>D2394</b>	Rellenos metálicos o de color del diente colocados directamente en la boca en los dientes anteriores, premolares o posteriores.	1 (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie, por diente, cada 24 meses.
<b>D2710*</b>	Corona revestida o corona parcial llamada onlay: hecha de metal, porcelana/cerámica, porcelana fundida a metal o titanio. Se hace fuera de la boca y luego se coloca dentro de esta.	1 (D2710, D2720, D2721, D2722, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2790, D2791, D2792, D2794) por diente cada 84 meses, a menos que la pérdida de un diente adicional requiera la construcción de un nuevo aparato; requiere una pérdida extensa de la estructura dental debido a caries o fracturas; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante.
<b>D2720*</b>	Corona revestida o corona parcial llamada onlay: hecha de metal, porcelana/cerámica, porcelana fundida a metal o titanio. Se hace fuera de la boca y luego se coloca dentro de esta.	1 (D2710, D2720, D2721, D2722, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2790, D2791, D2792, D2794) por diente cada 84 meses, a menos que la pérdida de un diente adicional requiera la construcción de un nuevo aparato; requiere una pérdida extensa de la estructura dental debido a caries o fracturas; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante.

Código	Descripción General del Servicio	Periodicidad
D2721*	Corona revestida o corona parcial llamada onlay: hecha de metal, porcelana/cerámica, porcelana fundida a metal o titanio. Se hace fuera de la boca y luego se coloca dentro de esta.	1 (D2710, D2720, D2721, D2722, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2790, D2791, D2792, D2794) por diente cada 84 meses, a menos que la pérdida de un diente adicional requiera la construcción de un nuevo aparato; requiere una pérdida extensa de la estructura dental debido a caries o fracturas; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante.
D2722*	Corona revestida o corona parcial llamada onlay: hecha de metal, porcelana/cerámica, porcelana fundida a metal o titanio. Se hace fuera de la boca y luego se coloca dentro de esta.	1 (D2710, D2720, D2721, D2722, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2790, D2791, D2792, D2794) por diente cada 84 meses, a menos que la pérdida de un diente adicional requiera la construcción de un nuevo aparato; requiere una pérdida extensa de la estructura dental debido a caries o fracturas; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante.
D2740*	Corona revestida o corona parcial llamada onlay: hecha de metal, porcelana/cerámica, porcelana fundida a metal o titanio. Se hace fuera de la boca y luego se coloca dentro de esta.	1 (D2710, D2720, D2721, D2722, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2790, D2791, D2792, D2794) por diente cada 84 meses, a menos que la pérdida de un diente adicional requiera la construcción de un nuevo aparato; requiere una pérdida extensa de la estructura dental debido a caries o fracturas; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante.
D2750*	Corona revestida o corona parcial llamada onlay: hecha de metal, porcelana/cerámica, porcelana fundida a metal o titanio. Se hace fuera de la boca y luego se coloca dentro de esta.	1 (D2710, D2720, D2721, D2722, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2790, D2791, D2792, D2794) por diente cada 84 meses, a menos que la pérdida de un diente adicional requiera la construcción de un nuevo aparato; requiere una pérdida extensa de la estructura dental debido a caries o fracturas; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante.
D2751*	Corona revestida o corona parcial llamada onlay: hecha de metal, porcelana/cerámica, porcelana fundida a metal o titanio. Se hace fuera de la boca y luego se coloca dentro de esta.	1 (D2710, D2720, D2721, D2722, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2790, D2791, D2792, D2794) por diente cada 84 meses, a menos que la pérdida de un diente adicional requiera la construcción de un nuevo aparato; requiere una pérdida extensa de la estructura dental debido a caries o fracturas; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante.



Código	Descripción General del Servicio	Periodicidad
<b>D2752*</b>	Corona revestida o corona parcial llamada onlay: hecha de metal, porcelana/cerámica, porcelana fundida a metal o titanio. Se hace fuera de la boca y luego se coloca dentro de esta.	1 (D2710, D2720, D2721, D2722, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2790, D2791, D2792, D2794) por diente cada 84 meses, a menos que la pérdida de un diente adicional requiera la construcción de un nuevo aparato; requiere una pérdida extensa de la estructura dental debido a caries o fracturas; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante.
<b>D2753*</b>	Corona revestida o corona parcial llamada onlay: hecha de metal, porcelana/cerámica, porcelana fundida a metal o titanio. Se hace fuera de la boca y luego se coloca dentro de esta.	1 (D2710, D2720, D2721, D2722, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2790, D2791, D2792, D2794) por diente cada 84 meses, a menos que la pérdida de un diente adicional requiera la construcción de un nuevo aparato; requiere una pérdida extensa de la estructura dental debido a caries o fracturas; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante.
<b>D2790*</b>	Corona revestida o corona parcial llamada onlay: hecha de metal, porcelana/cerámica, porcelana fundida a metal o titanio. Se hace fuera de la boca y luego se coloca dentro de esta.	1 (D2710, D2720, D2721, D2722, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2790, D2791, D2792, D2794) por diente cada 84 meses, a menos que la pérdida de un diente adicional requiera la construcción de un nuevo aparato; requiere una pérdida extensa de la estructura dental debido a caries o fracturas; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante.
<b>D2791*</b>	Corona revestida o corona parcial llamada onlay: hecha de metal, porcelana/cerámica, porcelana fundida a metal o titanio. Se hace fuera de la boca y luego se coloca dentro de esta.	1 (D2710, D2720, D2721, D2722, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2790, D2791, D2792, D2794) por diente cada 84 meses, a menos que la pérdida de un diente adicional requiera la construcción de un nuevo aparato; requiere una pérdida extensa de la estructura dental debido a caries o fracturas; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante.
<b>D2792*</b>	Corona revestida o corona parcial llamada onlay: hecha de metal, porcelana/cerámica, porcelana fundida a metal o titanio. Se hace fuera de la boca y luego se coloca dentro de esta.	1 (D2710, D2720, D2721, D2722, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2790, D2791, D2792, D2794) por diente cada 84 meses, a menos que la pérdida de un diente adicional requiera la construcción de un nuevo aparato; requiere una pérdida extensa de la estructura dental debido a caries o fracturas; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante.

Código	Descripción General del Servicio	Periodicidad
<b>D2794*</b>	Corona revestida o corona parcial llamada onlay: hecha de metal, porcelana/cerámica, porcelana fundida a metal o titanio. Se hace fuera de la boca y luego se coloca dentro de esta.	1 (D2710, D2720, D2721, D2722, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2790, D2791, D2792, D2794) por diente cada 84 meses, a menos que la pérdida de un diente adicional requiera la construcción de un nuevo aparato; requiere una pérdida extensa de la estructura dental debido a caries o fracturas; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante.
<b>D2910</b>	Volver a cementar o a pegar una corona que se desprendió.	1 (D2910-D2920) por diente cada 12 meses; no cubierto durante los 6 meses posteriores a la entrega.
<b>D2915</b>	Volver a cementar o a pegar una corona que se desprendió.	1 (D2910-D2920) por diente cada 12 meses; no cubierto durante los 6 meses posteriores a la entrega.
<b>D2920</b>	Volver a cementar o a pegar una corona que se desprendió.	1 (D2910-D2920) por diente cada 12 meses; no cubierto durante los 6 meses posteriores a la entrega.
<b>D2928</b>	Coronas prefabricadas.	1 (D2928, D2931) cada 36 meses por diente. Se excluyen los terceros molares, excepto cuando sea médicamente necesario.
<b>D2931</b>	Coronas prefabricadas	1 (D2928, D2931) cada 36 meses por diente. Se excluyen los terceros molares, excepto cuando sea médicamente necesario. Debe tener un soporte óseo del 50% como mínimo.
<b>D2950*</b>	Acumulación de relleno alrededor de un perno para preparar el diente para una corona.	1 (D2950, D2952-D2954, D2957) por diente por 84 meses. Debe ser necesario para proporcionar retención para una corona.
<b>D2951</b>	Acumulación de relleno alrededor de un perno para preparar el diente para una corona.	1 (D2951) por diente cada 84 meses.
<b>D2952*</b>	Acumulación de relleno alrededor de un perno para preparar el diente para una corona.	1 (D2950, D2952-D2954, D2957) por diente por 84 meses. Debe ser necesario para proporcionar retención para una corona.
<b>D2953*</b>	Acumulación de relleno alrededor de un perno para preparar el diente para una corona.	1 (D2950, D2952-D2954, D2957) por diente por 84 meses. Debe necesitarse para proporcionar retención para una corona.
<b>D2954*</b>	Acumulación de relleno alrededor de un perno para preparar el diente para una corona.	1 (D2950, D2952-D2954, D2957) por diente por 84 meses. Debe ser necesario para proporcionar retención para una corona.

Código	Descripción General del Servicio	Periodicidad
<b>D2955</b>	Acumulación de relleno alrededor de un perno para preparar el diente para una corona.	1 (D2955) por diente cada 84 meses.
<b>D2957</b>	Acumulación de relleno alrededor de un perno para preparar el diente para una corona.	1 (D2950, D2952-D2954, D2957) por diente por 84 meses. Debe ser necesario para proporcionar retención para una corona.
<b>D2971</b>	Acumulación de relleno alrededor de un perno para preparar el diente para una corona.	1 (D2971) por diente cada 84 meses.
<b>D2980</b>	Reparaciones de coronas.	1 (D2980) por diente cada 36 meses.
<b>D3110</b>	Recubrimiento de pulpa.	1 (D3110, D3120, D3220) por diente de por vida; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante.
<b>D3120</b>	Recubrimiento de pulpa.	1 (D3110, D3120, D3220) por diente de por vida; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante.
<b>D3220</b>	Pulpotomía.	1 (D3110, D3120, D3220) por diente de por vida; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante.
<b>D3310</b>	Tratamiento de conducto.	1 (D3310-D3330) por diente de por vida; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante.
<b>D3320</b>	Tratamiento de conducto.	1 (D3310-D3330) por diente de por vida; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante.
<b>D3330</b>	Tratamiento de conducto.	1 (D3310-D3330) por diente de por vida; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante.
<b>D3331</b>	Tratamiento de conducto	1 (D3331-D3333) por diente de por vida; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante.
<b>D3332</b>	Tratamiento de conducto.	1 (D3331-D3333) por diente de por vida; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante.
<b>D3333</b>	Tratamiento de conducto.	1 (D3331-D3333) por diente de por vida; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante.
<b>D3346</b>	Rehacer un tratamiento de conducto por un tratamiento de conducto anterior fallido.	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 los 12 meses siguientes al tratamiento de conducto original.

Código	Descripción General del Servicio	Periodicidad
<b>D3347</b>	Rehacer un tratamiento de conducto por un tratamiento de conducto anterior fallido.	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 los 12 meses siguientes al tratamiento de conducto original.
<b>D3348</b>	Rehacer un tratamiento de conducto por un tratamiento de conducto anterior fallido.	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 los 12 meses siguientes al tratamiento de conducto original.
<b>D3351</b>	Reparaciones de la punta de la raíz de los dientes.	1 (D3351-D3353, D3410, D3421, D3425-D3426, D3430, D3450, D3470) por diente de por vida; no se permite si lo hace el mismo proveedor o grupo de proveedores.
<b>D3352</b>	Reparaciones de la punta de la raíz de los dientes.	1 (D3351-D3353, D3410, D3421, D3425-D3426, D3430, D3450, D3470) por diente de por vida; no se permite si lo hace el mismo proveedor o grupo de proveedores.
<b>D3353</b>	Reparaciones de la punta de la raíz de los dientes.	1 (D3351-D3353, D3410, D3421, D3425-D3426, D3430, D3450, D3470) por diente de por vida; no se permite si lo hace el mismo proveedor o grupo de proveedores.
<b>D4322</b>	Alambre colocado para unir varios dientes.	1 (D4322-D4323) por arco cada 36 meses.
<b>D4323</b>	Alambre colocado para unir varios dientes.	1 (D4322-D4323) por arco cada 36 meses.
<b>D4341*</b>	Limpieza profunda para 4 o más dientes en un cuadrante.	1 (D4341-D4342) por cuadrante cada 24 meses; solo se permiten dos cuadrantes en la misma fecha de servicio.
<b>D4342*</b>	Limpieza profunda para 1-3 dientes en un cuadrante.	1 (D4341-D4342) por cuadrante cada 24 meses; solo se permiten dos cuadrantes en la misma fecha de servicio.
<b>D4346</b>	Raspado para encías inflamadas o infectadas moderadas o graves, boca completa, después de la evaluación.	1 (D4346) cada 24 meses, no permitido dentro de los seis meses de un D1110, D4341, D4342, D4355 o D4910.
<b>D4355</b>	Limpieza de la acumulación en los dientes a fin de permitir una visibilidad adecuada de los dientes para su examen.	1 (D4355) cada 24 meses; no se permite la misma DoS que D0180 o dentro de los 6 meses posteriores a un D0120, D0150 o D0180.

Código	Descripción General del Servicio	Periodicidad
<b>D4381</b>	Medicina aplicada al área de las encías alrededor de un diente (por diente) para el tratamiento de la enfermedad de las encías.	8 (D4381) cada 24 meses; al menos 28 días después de D4341 o D4342; requiere evidencia de bolsillos de 5 mm o más con inflamación persistente.
<b>D4910</b>	Limpieza dental de rutina para un adulto que tiene antecedentes documentados de enfermedad de las encías.	2 (D4910) cada 12 meses; no dentro de los 90 días posteriores a un D1110.
<b>D4920</b>	Cambio de apósito no programado.	1 (D4920) cada 12 meses por procedimiento.
<b>D6930</b>	Volver a cementar o a unir un puente que se sale.	1 (D6930) por diente cada 24 meses; no cubierto dentro de los 6 meses posteriores a la entrega.
<b>D7140</b>	Extracciones	1 (D7140-D7251) por diente de por vida; D7250 requiere evidencia de extracción previa fallida con raíz retenida y no por el mismo proveedor o grupo.
<b>D7210*</b>	Extracciones	1 (D7140-D7251) por diente de por vida; D7250 requiere evidencia de extracción previa fallida con raíz retenida y no por el mismo proveedor o grupo.
<b>D7220</b>	Extracciones	1 (D7140-D7251) por diente de por vida; D7250 requiere evidencia de extracción previa fallida con raíz retenida y no por el mismo proveedor o grupo.
<b>D7230</b>	Extracciones	1 (D7140-D7251) por diente de por vida; D7250 requiere evidencia de extracción previa fallida con raíz retenida y no por el mismo proveedor o grupo.
<b>D7240</b>	Extracciones	1 (D7140-D7251) por diente de por vida; D7250 requiere evidencia de extracción previa fallida con raíz retenida y no por el mismo proveedor o grupo.
<b>D7241</b>	Extracciones	1 (D7140-D7251) por diente de por vida; D7250 requiere evidencia de extracción previa fallida con raíz retenida y no por el mismo proveedor o grupo.
<b>D7250*</b>	Extracciones	1 (D7140-D7251) por diente de por vida; D7250 requiere evidencia de extracción previa fallida con raíz retenida y no por el mismo proveedor o grupo.

Código	Descripción General del Servicio	Periodicidad
<b>D7251</b>	Extracciones	1 (D7140-D7251) por diente de por vida; D7250 requiere evidencia de extracción previa fallida con raíz retenida y no por el mismo proveedor o grupo.
<b>D7260</b>	Cirugía relacionada con senos paranasales.	1 (D7260, D7261) por diente por fecha de servicio.
<b>D7261</b>	Cirugía relacionada con senos paranasales.	1 (D7260, D7261) por diente por fecha de servicio.
<b>D7270</b>	Cirugía para mover o reimplantar dientes naturales.	1 (D7270-D7282) por diente de por vida.
<b>D7272</b>	Cirugía para mover o reimplantar dientes naturales.	1 (D7270-D7282) por diente de por vida.
<b>D7280</b>	Cirugía para mover o reimplantar dientes naturales.	1 (D7270-D7282) por diente de por vida.
<b>D7282</b>	Cirugía para mover o reimplantar dientes naturales.	1 (D7270-D7282) por diente de por vida.
<b>D7285</b>	Biopsias	1 (D7285, D7286, D7288) cada 24 meses; 1 (D7287) por sitio cada 24 meses.
<b>D7286</b>	Biopsias	1 (D7285, D7286, D7288) cada 24 meses; 1 (D7287) por sitio cada 24 meses.
<b>D7287</b>	Biopsias	1 (D7285, D7286, D7288) cada 24 meses; 1 (D7287) por sitio cada 24 meses.
<b>D7288</b>	Biopsias	1 (D7285, D7286, D7288) cada 24 meses; 1 (D7287) por sitio cada 24 meses.
<b>D7310</b>	Remodelación del hueso que rodea los dientes o los espacios dentales.	1 (D7310-D7321) por cuadrante de por vida. Solo en preparación para un tratamiento planificado para una prótesis completa o parcial con un espacio edéntulo de, al menos, tres dientes contiguos.
<b>D7311</b>	Remodelación del hueso que rodea los dientes o los espacios dentales.	1 (D7310-D7321) por cuadrante de por vida. Solo en preparación para un tratamiento planificado para una prótesis completa o parcial con un espacio edéntulo de, al menos, tres dientes contiguos.

Código	Descripción General del Servicio	Periodicidad
<b>D7320</b>	Remodelación del hueso que rodea los dientes o los espacios dentales.	1 (D7310-D7321) por cuadrante de por vida. Solo en preparación para un tratamiento planificado para una prótesis completa o parcial con un espacio edéntulo de, al menos, tres dientes contiguos.
<b>D7321</b>	Remodelación del hueso que rodea los dientes o los espacios dentales.	1 (D7310-D7321) por cuadrante de por vida. Solo en preparación para un tratamiento planificado para una prótesis completa o parcial con un espacio edéntulo de, al menos, tres dientes contiguos.
<b>D7340</b>	Cirugía en el tejido de las encías para prepararse para las dentaduras postizas	1 (D7340, D7350) por cuadrante cada 60 meses.
<b>D7350</b>	Cirugía en el tejido de las encías para prepararlo para las dentaduras postizas.	1 (D7340, D7350) por cuadrante cada 60 meses.
<b>D7410</b>	Extracción de tumores de tejido sospechosos	1 (D7410-D7465) por fecha de servicio.
<b>D7411</b>	Extracción de tumores de tejido sospechosos.	1 (D7410-D7465) por fecha de servicio.
<b>D7412</b>	Extracción de tumores de tejido sospechosos.	1 (D7410-D7465) por fecha de servicio.
<b>D7413</b>	Extracción de tumores de tejido sospechosos.	1 (D7410-D7465) por fecha de servicio.
<b>D7414</b>	Extracción de tumores de tejido sospechosos.	1 (D7410-D7465) por fecha de servicio.
<b>D7415</b>	Extracción de tumores de tejido sospechosos.	1 (D7410-D7465) por fecha de servicio.
<b>D7440</b>	Extracción de tumores de tejido sospechosos.	1 (D7410-D7465) por fecha de servicio.
<b>D7441</b>	Extracción de tumores de tejido sospechosos.	1 (D7410-D7465) por fecha de servicio.
<b>D7450</b>	Extracción de tumores de tejido sospechosos.	1 (D7410-D7465) por fecha de servicio.
<b>D7451</b>	Extracción de tumores de tejido sospechosos.	1 (D7410-D7465) por fecha de servicio.
<b>D7460</b>	Extracción de tumores de tejido sospechosos.	1 (D7410-D7465) por fecha de servicio.

Código	Descripción General del Servicio	Periodicidad
<b>D7461</b>	Extracción de tumores de tejido sospechosos.	1 (D7410-D7465) por fecha de servicio.
<b>D7465</b>	Extracción de tumores de tejido sospechosos.	1 (D7410-D7465) por fecha de servicio.
<b>D7471</b>	Extracción de crecimientos óseos adicionales en los lados de las mandíbulas.	1 (D7471) por arco de por vida.
<b>D7472</b>	Eliminación del crecimiento óseo adicional en el paladar.	1 (D7472) de por vida.
<b>D7473</b>	Eliminación del crecimiento óseo adicional dentro de la mandíbula inferior.	1 (D7473) por cuadrante de por vida.
<b>D7485</b>	Eliminación de crecimiento óseo adicional y de tejido en las áreas posteriores de la mandíbula superior.	1 (D7485) por cuadrante de por vida.
<b>D7509</b>	Limpieza de un absceso o una infección de una raíz dental.	1 (D7509) por fecha de servicio.
<b>D7510</b>	Limpieza de un absceso o una infección de una raíz dental.	1 (D7510-D7540) por fecha de servicio.
<b>D7511</b>	Limpieza de un absceso o una infección de una raíz dental.	1 (D7510-D7540) por fecha de servicio.
<b>D7520</b>	Limpieza de un absceso o una infección de una raíz dental.	1 (D7510-D7540) por fecha de servicio.
<b>D7521</b>	Limpieza de un absceso o una infección de una raíz dental.	1 (D7510-D7540) por fecha de servicio.
<b>D7530</b>	Limpieza de un absceso o una infección de una raíz dental.	1 (D7510-D7540) por fecha de servicio.
<b>D7540</b>	Limpieza de un absceso o una infección de una raíz dental.	1 (D7510-D7540) por fecha de servicio.
<b>D7970</b>	Otros procedimientos quirúrgicos para eliminar el exceso de tejido de la encía o las uniones musculares.	1 (D7970) por arco cada 60 meses.
<b>D7971</b>	Otros procedimientos quirúrgicos para eliminar el exceso de tejido de la encía o las uniones musculares.	1 (D7971) por diente de por vida.
<b>D7972</b>	Otros procedimientos quirúrgicos para eliminar el exceso de tejido de la encía o las uniones musculares.	1 (D7972) por cuadrante maxilar de por vida.
<b>D9110</b>	Procedimiento menor para el tratamiento de emergencia del dolor dental.	1 (D9110) cada 12 meses.



Código	Descripción General del Servicio	Periodicidad
<b>D9120</b>	Cortar un puente viejo para ayudar a retirarlo.	1 (D9120) cada 12 meses.
<b>D9310</b>	Visitas a centros de convalecencia, hospitales, centros de cirugía o consultorios médicos.	2 (D0140, D0160) cada 12 meses.
<b>D9410</b>	Visitas a centros de convalecencia, hospitales, centros de cirugía o consultorios médicos.	1 (D9410, D9420, D9997) por fecha de servicio.
<b>D9420</b>	Visitas a centros de convalecencia, hospitales, centros de cirugía o consultorios médicos.	1 (D9410, D9420, D9997) por fecha de servicio.
<b>D9995</b>	Teleodontología, realizada en tiempo real.	1 (D9995-D9996) por fecha de servicio.
<b>D9996</b>	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.
<b>D9997</b>	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 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.**

**Esta página se dejó en blanco intencionalmente.**