

A continuación, se proporciona una lista exhaustiva de los servicios dentales cubiertos por este plan. Todos los servicios deben recibirse en el consultorio de un dentista general o especialista dental participante de la red (por ejemplo, cirujano oral, endodoncista, periodoncista, etc.). Se pueden aplicar limitaciones y exclusiones. Los beneficios se ofrecen por año calendario. Toda cantidad que no haya sido utilizada al final del año caducará.

El dentista puede sugerir y ayudar a organizar servicios adicionales que no figuren en este programa de beneficios; sin embargo, este beneficio no cubre los procedimientos recibidos que no figuren en este programa o que superen las limitaciones de beneficios indicadas aquí. El afiliado es responsable de los costos de estos servicios adicionales y es posible que se le cobren las tarifas usuales y habituales del proveedor dental, menos cualquier descuento contratado. Las reclamaciones presentadas están sujetas a un proceso de revisión que puede incluir una revisión clínica e historial dental para aprobar la cobertura.

Información de contacto

Afiliados: Para obtener información sobre sus beneficios dentales, llame a Servicios para Afiliados de CarePlus al **1-800-794-5907; TTY: 711**. Horario de atención: Del 1 de octubre al 31 de marzo, abrimos los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, abrimos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Puede dejar un mensaje de voz fuera de horario, sábados, domingos y días festivos y le devolveremos la llamada en el plazo de un día hábil. Para consultar su Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) y obtener una lista completa de las limitaciones y exclusiones dentales, inicie sesión en MyCarePlus, su portal seguro para afiliados, en **CarePlusHealthPlans.com/Logon**.

Proveedores: Para obtener información sobre los beneficios dentales, llame al Servicio de atención a proveedores dentales al **1-800-833-2223**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este.

Detalles adicionales del plan

- Los proveedores dentales de la red aceptaron proporcionar los servicios cubiertos a las tarifas contratadas según la lista de tarifas dentro de la red (INFS, por sus siglas en inglés). Si un afiliado acude a un proveedor dental de la red participante, no se le pueden facturar cargos que superen la lista de tarifas negociadas (pero se sigue aplicando cualquier pago de coseguro aplicable).
- Este plan no ofrece cobertura fuera de la red.
- CarePlus es un plan HMO con un contrato con Medicare. La afiliación en CarePlus depende de la renovación del contrato.
- Los beneficios dentales de este plan utilizan una red dental de Organización de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés).

Deducible	\$0
Monto máximo anual	Ninguno
Períodos de espera	Ninguno

Código ADA	Descripción del beneficio	Frecuencia/limitaciones	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Examen				
D0120	Evaluación oral periódica: paciente establecido	Dos códigos de procedimiento por año calendario	100%	0%
Examen de diagnóstico de emergencia				
D0140	Evaluación oral limitada: centrada en el problema	Dos códigos de procedimiento por año calendario	100%	0%
Examen adicional				
D0150	Evaluación oral integral: paciente nuevo o establecido	Un código de procedimiento cada tres años calendario	100%	0%
Radiografías de boca completa y panorámicas				
D0210	Radiografía intraoral: serie integral de imágenes radiográficas	Un código de procedimiento de este grupo por año calendario	100%	0%
D0330	Imagen de radiografía panorámica		100%	0%
Radiografías de mordida				
D0270	Radiografía de mordida: imagen radiográfica única	Dos códigos de procedimiento de este grupo por año calendario	100%	0%
D0272	Radiografías de mordida: dos imágenes radiográficas		100%	0%
D0273	Radiografía de mordida: tres imágenes radiográficas		100%	0%
D0274	Radiografía de mordida: cuatro imágenes radiográficas		100%	0%
Profilaxis (limpieza)				
D1110	Profilaxis adultos (eliminación de placa, sarro y manchas de las estructuras dentales e implantes en la dentición permanente y de transición. Su objetivo es controlar los factores irritativos locales.)	Dos códigos de procedimiento por año calendario	100%	0%

Código ADA	Descripción del beneficio	Frecuencia/limitaciones	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Restauraciones (empastes)				
D2140	Amalgama: una superficie, dientes temporales o permanentes	Cuatro códigos de procedimiento de este grupo por año calendario	100%	0%
D2150	Amalgama: dos superficies, dientes temporales o permanentes		100%	0%
D2160	Amalgama: tres superficies, dientes temporales o permanentes		100%	0%
D2161	Amalgama: cuatro o más superficies, dientes temporales o permanentes		100%	0%
D2330	Composite a base de resina: una superficie, anterior (frontal)		100%	0%
D2331	Composite a base de resina: dos superficies, anterior (frontal)		100%	0%
D2332	Composite a base de resina: tres superficies, anterior (frontal)		100%	0%
D2335	Composite a base de resina: cuatro o más superficies (frontal)		100%	0%
D2391	Composite a base de resina: una superficie, posterior (atrás)		100%	0%
D2392	Composite a base de resina: dos superficies, posterior (atrás)		100%	0%
D2393	Composite a base de resina: tres superficies, posterior (atrás)		100%	0%
D2394	Composite a base de resina: cuatro o más superficies, posterior (atrás)		100%	0%
Coronas				
D2740	Corona: porcelana/cerámica	Un código de procedimiento de este grupo por año calendario	100%	0%
D2750	Corona: porcelana fundida con metal altamente noble		100%	0%
Servicios de endodoncia				
D3310	Terapia endodóntica, diente anterior (excluida la restauración final)	Un código de procedimiento de este grupo por año calendario	100%	0%
D3320	Terapia endodóntica, diente premolar (excluida la restauración final)		100%	0%
D3330	Terapia endodóntica, diente molar (excluida la restauración final)		100%	0%
Alisado y raspado radicular periodontal				
D4341	Alisado y raspado radicular periodontal: cuatro o más dientes por cuadrante	Un código de procedimiento por cuadrante de este grupo por año calendario	100%	0%
D4342	Alisado y raspado radicular periodontal: de uno a tres dientes por cuadrante		100%	0%

Código ADA	Descripción del beneficio	Frecuencia/limitaciones	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red	
Raspado: inflamación gingival moderada					
D4346	Raspado en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave: boca completa, tras evaluación oral	Un código de procedimiento por año calendario	100%	0%	
Mantenimiento periodontal					
D4910	Mantenimiento periodontal	Cuatro códigos de procedimiento por año calendario	100%	0%	
Dentaduras postizas parciales removibles o dentaduras postizas completas (incluidos los cuidados rutinarios posteriores a la colocación)					
D5110	Dentadura postiza completa: maxilar	Una dentadura postiza completa o parcial superior e inferior cada cinco años calendario	100%	0%	
D5120	Dentadura postiza completa: mandibular		100%	0%	
D5130	Dentadura postiza de inmediato: maxilar		100%	0%	
D5140	Dentadura postiza de inmediato: mandibular		100%	0%	
D5211	Dentadura postiza parcial maxilar: base de resina (incluidos los materiales de retención/sujeción, los apoyos y los dientes)		100%	0%	
D5212	Dentadura postiza parcial mandibular: base de resina (incluidos los materiales de retención/sujeción, los apoyos y los dientes)		100%	0%	
D5213	Dentadura postiza parcial maxilar: monturas de metal fundido con bases de dentadura de resina (incluidos los materiales de retención/sujeción, los apoyos y los dientes)		100%	0%	
D5214	Dentadura postiza parcial mandibular: monturas de metal fundido con bases de dentadura de resina (incluidos los materiales de retención/sujeción, los apoyos y los dientes)		100%	0%	
Ajustes, rebase o rebase de dentaduras postizas (no permitido en dentaduras postizas de repuesto o si está dentro de los seis meses posteriores a la colocación inicial)					
D5410	Ajuste de dentadura postiza completa: maxilar		Un código de procedimiento de este grupo por año calendario	100%	0%

Código ADA	Descripción del beneficio	Frecuencia/limitaciones	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Ajustes, rebase o rebase de dentaduras postizas (no permitido en dentaduras postizas de repuesto o si está dentro de los seis meses posteriores a la colocación inicial) (continuación)				
D5411	Ajuste de dentadura postiza completa: mandibular	Un código de procedimiento de este grupo por año calendario	100%	0%
D5710	Reemplazo del material de base de dentadura postiza maxilar completa		100%	0%
D5711	Reemplazo del material de base de dentadura postiza mandibular completa		100%	0%
D5730	Revestimiento de dentadura postiza maxilar completa (directa)		100%	0%
D5731	Revestimiento de dentadura postiza mandibular completa (directa)		100%	0%
D5750	Revestimiento de dentadura postiza maxilar completa (indirecta)		100%	0%
D5751	Revestimiento de dentadura postiza mandibular completa (indirecta)		100%	0%
Extracciones simples o quirúrgicas (extracciones ilimitadas cubiertas con el fin de que el afiliado reciba prótesis dentales, todas las demás extracciones limitadas a la frecuencia indicada a continuación)				
D7140	Extracción de diente erupcionado o raíz expuesta (elevación y/o extracción con fórceps)	Tres códigos de procedimiento de este grupo por año calendario	100%	0%
D7210	Extracción de diente erupcionado que requiere extracción de hueso o seccionamiento del diente, incluida la elevación del colgajo mucoperióstico si está indicado		100%	0%
D7220	Extracción de diente impactado: tejido blando		100%	0%
D7230	Extracción de diente impactado: parcialmente recubierto en hueso		100%	0%
D7240	Extracción de diente impactado: completamente recubierto en hueso		100%	0%
D7250	Eliminación de raíces dentales residuales (procedimiento de corte)		100%	0%
Cirugía oral				
D7270	Reimplantación y/o estabilización de un diente desplazado o expulsado accidentalmente	Dos códigos de procedimiento de este grupo por año calendario	100%	0%
D7280	Exposición de un diente no erupcionado		100%	0%
D7284	Biopsia escisional de glándulas salivales menores		100%	0%

Código ADA	Descripción del beneficio	Frecuencia/limitaciones	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Cirugía oral (continuación)				
D7285	Biopsia incisional de tejido oral duro (hueso, diente)	Dos códigos de procedimiento de este grupo por año calendario	100%	0%
D7286	Biopsia incisional de tejido oral blando		100%	0%
D7287	Recogida de muestras citológicas exfoliativas		100%	0%
D7288	Biopsia por cepillado: recogida de muestras transepiteliales		100%	0%
D7310	Alveoloplastia en combinación con extracciones: cuatro o más dientes o espacios dentales, por cuadrante		100%	0%
D7311	Alveoloplastia en combinación con extracciones: de uno a tres dientes o espacios dentales, por cuadrante		100%	0%
D7320	Alveoloplastia no asociada a extracciones: cuatro o más dientes o espacios dentales, por cuadrante		100%	0%
D7321	Alveoloplastia no asociada a extracciones: de uno a tres dientes o espacios dentales, por cuadrante		100%	0%
D7410	Escisión de lesión benigna de hasta 1.25 cm		100%	0%
D7411	Escisión de lesión benigna superior a 1.25 cm		100%	0%
D7412	Escisión de lesión benigna, complicada		100%	0%
D7450	Extirpación de quiste o tumor benigno odontogénico: diámetro de la lesión hasta 1.25 cm		100%	0%
D7451	Extirpación de quiste o tumor benigno odontogénico: diámetro de la lesión superior a 1.25 cm		100%	0%
D7460	Extirpación de quiste o tumor benigno no odontogénico: diámetro de la lesión hasta 1.25 cm		100%	0%
D7461	Extirpación de quiste o tumor benigno no odontogénico: diámetro de la lesión superior a 1.25 cm		100%	0%
D7509	Marsupialización de quiste odontogénico		100%	0%
D7510	Incisión y drenaje de absceso: tejido blando intraoral		100%	0%
D7961	Frenectomía bucal/labial (frenulectomía)		100%	0%

Código ADA	Descripción del beneficio	Frecuencia/limitaciones	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Cirugía oral (continuación)				
D7962	Frenectomía lingual (frenulectomía)	Dos códigos de procedimiento de este grupo por año calendario	100%	0%
D7963	Frenuloplastia		100%	0%
D7970	Escisión de tejido hiperplásico: por arcada		100%	0%
D7971	Escisión de la encía pericoronal		100%	0%
D7972	Reducción quirúrgica de la tuberosidad fibrosa		100%	0%
Anestesia (sujeta a limitaciones y exclusiones del plan)				
D9222	Sedación profunda/anestesia general: primeros 15 minutos	Según sea necesario con los códigos cubiertos	100%	0%
D9223	Sedación profunda/anestesia general: cada incremento posterior de 15 minutos		100%	0%
D9230	Inhalación de óxido nitroso/analgesia, ansiolisis		100%	0%
D9239	Sedación/analgesia intravenosa moderada (consciente): primeros 15 minutos		100%	0%
D9243	Sedación/analgesia intravenosa moderada (consciente): cada incremento posterior de 15 minutos		100%	0%
D9910	Aplicación de medicamento desensibilizante		100%	0%

Terminología odontológica actual © 2025 Asociación Dental Estadounidense. Todos los derechos reservados.