

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 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% |

| Código ADA | Descripción del beneficio | Frecuencia/limitaciones | Cobertura dentro de la red | Cobertura fuera de la red |
|---|---|--|-----------------------------------|----------------------------------|
| 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% |
| 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 superior y otra 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% |
| 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% |
| D5411 | Ajuste de dentadura postiza completa: mandibular | | 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% |

| 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) | | | | |
| D5750 | Revestimiento de dentadura postiza maxilar completa (indirecta) | Un código de procedimiento de este grupo por año calendario | 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% |
| 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, ansiólisis | | 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.