

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	Seis 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%
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%

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)				
D5711	Reemplazo del material de base de dentadura postiza mandibular completa	Un código de procedimiento de este grupo por año calendario	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%

Código ADA	Descripción del beneficio	Frecuencia/limitaciones	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
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.