2026 DEN924

Florida GoldPlus Dental Network

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.

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: Si tiene preguntas, llame a nuestro Departamento de Servicios para Afiliados al **800-794-5907**. Si usa un TTY, llame al **711**. Puede llamarnos los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado podría responder su llamada los fines de semana y días festivos. Para el servicio de 24 horas al día, puede visitarnos en **CarePlusHealthPlans.com**. 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/MyPlan**.

Proveedores: Para obtener información sobre los beneficios dentales, llame al Servicio de atención a proveedores dentales al **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. Para encontrar un dentista o para verificar si un dentista está en nuestra red nacional, visite **CarePlusHealthPlans.com/DentalFinder**.
- 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 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%
D5750	Revestimiento de dentadura postiza maxilar completa (indirecta)		100%	0%
D5751	Revestimiento de dentadura postiza mandibular completa (indirecta)		100%	0%

Código ADA	Descripción del beneficio	Frecuencia/limitaciones	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
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: general (en conjunto con procedimientos extensos y/o complejos, sujeto a limitaciones y exclusiones del plan, sujeto a revisión clínica)				
D9222	Administración de sedación profunda/anestesia general (primer incremento de 15 minutos, o cualquier parte de la misma)	Según sea necesario con los códigos cubiertos	100%	0%
D9223	Administración de sedación profunda/anestesia general (cada incremento subsiguiente de 15 minutos, o cualquier parte de la misma)		100%	0%
D9239	Administración de sedación moderada (intravenosa) (los primeros 15 minutos, o cualquier parte de la misma)		100%	0%
D9243	Administración de sedación moderada (intravenosa) (cada incremento subsiguiente de 15 minutos, o cualquier parte de la misma)		100%	0%
D9246	Administración de sedación moderada (parenteral, no intravenosa) (los primeros 15 minutos, o cualquier parte de la misma)		100%	0%

Código ADA	Descripción del beneficio	Frecuencia/limitaciones	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Anestesia: general (en conjunto con procedimientos extensos y/o complejos, sujeto a limitaciones y exclusiones del plan, sujeto a revisión clínica) (continuación)				
D9247	Administración de sedación moderada (parenteral, no intravenosa) (cada incremento subsiguiente de 15 minutos, o cualquier parte de la misma)	Según sea necesario con los códigos cubiertos	100%	0%
Anestesia: óxido nitroso/analgesia (en conjunto con los servicios cubiertos, sujeto a limitaciones y exclusiones del plan, sujeto a revisión clínica)				
D9230	Administración de óxido nitroso	Según sea necesario con los códigos cubiertos	100%	0%

Terminología odontológica actual © 2026 Asociación Dental Estadounidense. Todos los derechos reservados.

Entre las exclusiones de Beneficios suplementarios obligatorios de servicios dentales, se incluyen pero no se limitan a las siguientes:

- Los dentistas de la red han aceptado proveer servicios a tarifas contratadas (el cuadro de tarifas dentro de la red o INFS, por sus siglas en inglés). Si un afiliado visita a un dentista participante de la red, el afiliado no recibirá una factura por cargos superiores a los del cuadro de tarifas negociadas por los servicios cubiertos (el pago de coseguro continúa siendo aplicable).
- Los servicios recibidos de un dentista fuera de la red no son beneficios cubiertos.
- Colocación inicial o reemplazo de una dentadura postiza anterior que no sirva y que no pueda repararse. Las dentaduras postizas de repuesto no están cubiertas.
- El revestimiento dental puede no ser cubierto dentro de los seis meses de la colocación inicial de la dentadura postiza o en dentaduras postizas de repuesto.
- Los ajustes dentales pueden no ser cubiertos dentro de los seis meses de la colocación inicial de la dentadura postiza o en dentaduras postizas de repuesto.
- Gastos incurridos mientras es elegible para cualquier ley o decreto de compensación laboral o de enfermedad ocupacional, independientemente de si haya solicitado o no la cobertura.
- Servicios que cumplan con los siguientes requisitos:
    - Sean gratis o que no debería pagarlos si no tuviera este seguro, a menos que se reciban cargos de parte del gobierno estadounidense que sean reembolsables al gobierno o a cualquiera de sus agencias, según lo requiera la ley.
    - Proporcionados o pagaderos por cualquier plan o ley a través de cualquier subdivisión gubernamental o política (no incluye Medicare ni Medicaid).
    - Proporcionados por cualquier hospital, institución o agencia que pertenezca o sea dirigida por el gobierno estadounidense para cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
- Cualquier pérdida causada o empeorada por la guerra o un acto bélico, ya sea declarado o no, por un acto de conflicto armado internacional, o por un conflicto que involucre a las fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
- Cualquier gasto que surja del llenado de formularios.
- Si no asiste a una cita con el dentista.
- Cualquier servicio que consideremos odontología estética, a menos que sea necesario como resultado de una lesión accidental sufrida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideramos los siguientes procedimientos, entre otros, como servicios odontológicos estéticos:
    - Revestimiento de coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los soportes) posteriores al segundo bicúspide;
    - Cualquier servicio para corregir una malformación congénita;
    - Cualquier servicio cuyo principal objetivo sea mejorar la apariencia;
    - Caracterizaciones y la personalización de los dispositivos protésicos; o
    - Cualquier procedimiento para cambiar el espaciado o la forma de los dientes;
- Cargos por:
    - Cualquier tipo de implante y todos los servicios relacionados, incluidas coronas o el dispositivo protésico adherido a la corona;
    - Aditamentos de precisión o semiprecisión;
    - Otros aditamentos personalizados;
    - Servicios dentales temporales o provisionales;
    - Cargos adicionales relacionados con los materiales o el equipo utilizado en la prestación del cuidado dental;
    - La extracción de cualquier implante, a menos que sea un servicio cubierto.

- Cualquier servicio relacionado con lo siguiente:
    - Alteración de la dimensión vertical de los dientes.
    - Restauración o mantenimiento de la oclusión.
    - Ferulización de dientes, incluidos múltiples soportes, o cualquier servicio para estabilizar un diente periodontalmente debilitado.
    - Reemplazo de estructuras dentales perdidas como resultado de abrasión, atrición, erosión o abfracción.
    - Registro de mordida o análisis de mordida.
- Control de una infección, por ejemplo, técnicas de esterilización.
- Cargos por tratamiento llevado a cabo por alguien que no sea un dentista, excepto para raspado, limpieza dental y aplicación tópica de flúor, los cuales puede realizarlos un higienista dental con licencia. El tratamiento se debe realizar bajo la supervisión del dentista, de acuerdo con las normas odontológicas generalmente aceptadas.
- Cualquier hospital, centro quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anestesiólogo o anestesista.
- Medicamentos recetados o premedicación, ya sean dispensados o recetados.
- Cualquier servicio que no está mencionado específicamente en la información sobre la cobertura.
- Cualquier servicio que no es elegible para los beneficios basado en una revisión clínica; no ofrece un pronóstico favorable; no cuenta con respaldo profesional uniforme; o cuyos fines son de naturaleza experimental o de investigación.
- Servicios de ortodoncia.
- Servicios de corona de anclaje cuando la cobertura de puente no está incluida en el beneficio.
- Cualquier gasto en que se haya incurrido antes de su fecha de vigencia o después de la fecha en la que finaliza este beneficio suplementario.
- Servicios provistos por alguien que vive normalmente con usted o que es miembro de su familia.
- Cargos que exceden el límite de reembolso para el servicio.
- Tratamiento derivado de cualquier lesión o enfermedad corporal autoinfligida de forma intencional.
- Anestesia local, irrigación, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio/moldes de diagnóstico, planes de tratamiento, ajustes oclusales (superficies de mordedura o trituración de dientes molares y bicúspide) o preparación de tejidos asociada con el molde o la colocación de una restauración cuando se cobre como un servicio aparte. Estos servicios se consideran parte integral del servicio dental completo.
- Cualquier prueba, radiografía intraoperatoria, laboratorio, retiro de postes existentes, material de empaste, obturadores Thermafil y cualquier otro cuidado de seguimiento se considera parte integral de la terapia de conducto radicular. Un cargo por separado por estos servicios no se considera un gasto cubierto.
- Reparación y reemplazo de aparatos de ortodoncia.
- Cualquier tratamiento quirúrgico o no quirúrgico para cualquier problema en la articulación de la mandíbula, incluida cualquier disfunción de la articulación temporomandibular, disfunción craneomandibular, craneomaxilar u otras afecciones de la articulación que une los huesos de la mandíbula con el cráneo; o el tratamiento de los músculos faciales que se usan en las funciones de expresión y masticación, para síntomas que incluyen, entre otros, dolores de cabeza.
- Los beneficios de cirugía oral en virtud de este plan no incluyen:
    - Ningún servicio de cirugía ortognática;
    - Ningún servicio de destrucción de lesiones por cualquier método;
    - Ningún servicio de trasplante dental;
    - Ningún servicio de extracción de un cuerpo extraño en el tejido o huesos de la cavidad oral;
    - Ningún servicio para la reconstrucción de defectos quirúrgicos, traumáticos o congénitos de los huesos faciales;
    - Ningún cargo separado por cuidado pre y posoperatorio.

- La anestesia general o la sedación consciente no son servicios cubiertos, a menos que se basen en una revisión clínica de documentación proporcionada y administrada por un dentista o profesional de cuidado de la salud en conjunto con procedimientos quirúrgicos orales cubiertos, procedimientos quirúrgicos periodontales y óseos o procedimientos quirúrgicos perirradiculares para servicios cubiertos.
- No se cubre anestesia general o sedación consciente administradas debido a los siguientes motivos, entre otros:
    - Control del dolor a menos que se proporcione una alergia documentada a la anestesia local;
    - Ansiedad;
    - Miedo al dolor;
    - Manejo del dolor;
    - Incapacidad emocional para someterse a cirugía.
- Programas de control preventivo que incluyen, entre otros, instrucciones para higiene oral, control de sarro, artículos para llevar a la casa, medicamentos recetados y planificación alimenticia.
- El reemplazo de cualquier restauración, prótesis o aparato principal duplicado, perdido, robado, dañado o extraviado.
- Cualquier prueba de susceptibilidad a las caries, análisis de laboratorio, muestras de saliva, cultivos anaeróbicos, pruebas de sensibilidad o cargos por procedimientos patológicos orales.
- Los cargos separados por cuidado pre y postoperatorio y reevaluación dentro de los 12 meses no se consideran servicios cubiertos en virtud de los servicios periodontales quirúrgicos de este plan.
- No cubrimos servicios que, por lo general, se consideran servicios médicos, excepto aquellos específicamente indicados como cubiertos en la Información de cobertura.
- Los copagos, coseguros y deducibles pagados por los beneficios suplementarios no cuentan para su cantidad máxima de desembolso personal.