

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 sus beneficios dentales o para determinar si un paciente es elegible para los beneficios completos de Medicaid (DCD) (Beneficiario de Medicare elegible plus QMB+, por sus siglas en inglés, Beneficiario especificado de bajos ingresos de Medicare plus SLMB+, por sus siglas en inglés o Doble elegibilidad con beneficios completos FBDE, por sus siglas en inglés), llame al Servicio de atención a proveedores de Dental 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.
- Patrocinado por CarePlus Health Plans, Inc. y por la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud del Estado de Florida. CarePlus es un plan HMO SNP con un contrato de Medicare y un contrato con el Programa Medicaid de Florida. 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
<b>Examen</b>				
D0120	Evaluación oral periódica: paciente establecido	Dos códigos de procedimiento por año calendario	100%	0%
<b>Examen de diagnóstico de emergencia</b>				
D0140	Evaluación oral limitada: centrada en el problema	Dos códigos de procedimiento por año calendario †La frecuencia del beneficio es ilimitada si el afiliado tiene derecho a los beneficios completos de Medicaid (puede variar mes a mes).	100%	0%
<b>Examen adicional</b>				
D0150	Evaluación oral integral: paciente nuevo o establecido	Un código de procedimiento cada tres años calendario	100%	0%
<b>Radiografías de boca completa y panorámicas</b>				
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%
<b>Radiografías intraorales: periapical</b>				
D0220	Radiografía intraoral: primera imagen radiográfica periapical	†La frecuencia del beneficio es un código de procedimiento de este grupo cada tres años calendario si el afiliado es elegible para los beneficios completos de Medicaid (puede variar mes a mes).	100%	0%
D0230	Radiografía intraoral: cada imagen radiográfica periapical adicional		100%	0%

<b>Código ADA</b>	<b>Descripción del beneficio</b>	<b>Frecuencia/limitaciones</b>	<b>Cobertura dentro de la red</b>	<b>Cobertura fuera de la red</b>
<b>Radiografías intraorales: oclusal</b>				
D0240	Radiografía intraoral: imagen radiográfica oclusal	†La frecuencia del beneficio es un código de procedimiento cada tres años calendario si el afiliado es elegible para los beneficios completos de Medicaid (puede variar mes a mes).	100%	0%
<b>Radiografías de mordida</b>				
D0270	Radiografía de mordida: imagen radiográfica única	Un código de procedimiento de este grupo por año calendario para todos los afiliados	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	†La frecuencia del beneficio son dos códigos de procedimiento de este grupo por año calendario si el afiliado es elegible para los beneficios completos de Medicaid (puede variar mes a mes).	100%	0%
<b>Profilaxis (limpieza)</b>				
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%
<b>Restauraciones (empastes)</b>				
D2140	Amalgama: una superficie, dientes temporales o permanentes	Dos 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%

<b>Código ADA</b>	<b>Descripción del beneficio</b>	<b>Frecuencia/limitaciones</b>	<b>Cobertura dentro de la red</b>	<b>Cobertura fuera de la red</b>
<b>Restauraciones (empastes) (continuación)</b>				
D2332	Composite a base de resina: tres superficies, anterior (frontal)	Dos códigos de procedimiento de este grupo por año calendario	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%
<b>Servicios de endodoncia</b>				
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%
<b>Alisado y raspado radicular periodontal</b>				
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%
<b>Raspado: inflamación gingival moderada</b>				
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%
<b>Mantenimiento periodontal</b>				
D4910	Mantenimiento periodontal	Cuatro códigos de procedimiento por año calendario	100%	0%

<b>Código ADA</b>	<b>Descripción del beneficio</b>	<b>Frecuencia/limitaciones</b>	<b>Cobertura dentro de la red</b>	<b>Cobertura fuera de la red</b>
<b>Dentaduras postizas parciales removibles o dentaduras postizas completas (incluidos los cuidados rutinarios posteriores a la colocación)</b>				
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%
<b>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)</b>				
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	D5421, D5422, D5740, D5741, D5760, D5761: †Los beneficios solamente se aplican si el afiliado es elegible para los beneficios completos de Medicaid (puede variar mes a mes).	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%

<b>Código ADA</b>	<b>Descripción del beneficio</b>	<b>Frecuencia/limitaciones</b>	<b>Cobertura dentro de la red</b>	<b>Cobertura fuera de la red</b>
<b>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)</b>				
D5751	Revestimiento de dentadura postiza mandibular completa (indirecta)	Un código de procedimiento de este grupo por año calendario  D5421, D5422, D5740, D5741, D5760, D5761: †Los beneficios solamente se aplican si el afiliado es elegible para los beneficios completos de Medicaid (puede variar mes a mes).	100%	0%
D5421	Ajuste de dentadura postiza parcial: maxilar		100%	0%
D5422	Ajuste de dentadura postiza parcial: mandibular		100%	0%
D5740	Revestimiento de dentadura postiza parcial maxilar (directa)		100%	0%
D5741	Revestimiento de dentadura postiza parcial mandibular (directa)		100%	0%
D5760	Revestimiento de dentadura postiza parcial maxilar (indirecta)		100%	0%
D5761	Revestimiento de dentadura postiza parcial mandibular (indirecta)		100%	0%
<b>Reparaciones a dentaduras postizas</b>				
D5511	Reparación de base de dentadura postiza completa rota, mandibular	†La frecuencia del beneficio es un código de procedimiento de este grupo por año calendario si el afiliado es elegible para los beneficios completos de Medicaid (puede variar mes a mes).	100%	0%
D5512	Reparación de base de dentadura postiza completa rota, maxilar		100%	0%
D5520	Sustitución de dientes perdidos o rotos: dentadura postiza completa (por diente)		100%	0%
D5611	Reparación de base de dentadura postiza parcial de resina, mandibular		100%	0%
D5612	Reparación de base de dentadura postiza parcial de resina, maxilar		100%	0%
D5621	Reparación de estructura parcial fundida, mandibular		100%	0%
D5622	Reparación de estructura parcial fundida, maxilar		100%	0%
D5630	Reparación o sustitución de materiales retentivos/de sujeción rotos: por diente		100%	0%
D5640	Sustitución de dientes perdidos o rotos: dentadura postiza parcial (por diente)		100%	0%
D5650	Colocación de un diente en la dentadura postiza parcial existente (por diente)		100%	0%

<b>Código ADA</b>	<b>Descripción del beneficio</b>	<b>Frecuencia/limitaciones</b>	<b>Cobertura dentro de la red</b>	<b>Cobertura fuera de la red</b>
<b>Reparaciones a dentaduras postizas (continuación)</b>				
D5660	Colocación de injerto de metal en dentadura postiza parcial existente: por diente	†La frecuencia del beneficio es un código de procedimiento de este grupo por año calendario si el afiliado es elegible para los beneficios completos de Medicaid (puede variar mes a mes).	100%	0%
<b>Reparación de implante</b>				
D6096	Retiro de tornillo de retención de implante roto	†La frecuencia del beneficio es ilimitada si el afiliado es elegible para los beneficios completos de Medicaid (puede variar mes a mes).	100%	0%
<b>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)</b>				
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%

<b>Código ADA</b>	<b>Descripción del beneficio</b>	<b>Frecuencia/limitaciones</b>	<b>Cobertura dentro de la red</b>	<b>Cobertura fuera de la red</b>	
<b>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)</b>					
D7241	Extracción de diente impactado: completamente recubierto en hueso, con complicaciones quirúrgicas inusuales	†La frecuencia del beneficio son dos códigos de procedimiento de este grupo por año calendario si el afiliado es elegible para los beneficios completos de Medicaid (puede variar mes a mes).	100%	0%	
D7260	Cierre de la fístula oroantral		100%	0%	
D7261	Cierre primario de una perforación sinusal		100%	0%	
D7310	Alveoloplastia en combinación con extracciones: cuatro o más 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%	
D7472	Extracción de torus palatino		100%	0%	
D7473	Extirpación del torus mandibularis		100%	0%	
D7510	Incisión y drenaje de absceso: tejido blando intraoral		100%	0%	
D7520	Incisión y drenaje de absceso: tejido blando extraoral		100%	0%	
D7970	Escisión de tejido hiperplásico: por arcada		100%	0%	
<b>Anestesia (sujeta a limitaciones y exclusiones del plan)</b>					
D9222	Sedación profunda/anestesia general: primeros 15 minutos	Según sea necesario con los códigos cubiertos para todos los afiliados (excepto D9248)	100%	0%	
D9223	Sedación profunda/anestesia general: cada incremento posterior de 15 minutos		100%	0%	
D9230	Inhalación de óxido nitroso/analgesia, ansiolisis		†La frecuencia del beneficio son tres códigos de procedimiento de este grupo por año calendario si el afiliado es elegible para los beneficios completos de Medicaid (puede variar mes a mes).	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%	
D9248	Sedación consciente no intravenosa		100%	0%	
<b>Anestesia (sujeta a limitaciones y exclusiones del plan)</b>					
D9910	Aplicación de medicamento desensibilizante	Según sea necesario con los códigos cubiertos	100%	0%	



<b>Código ADA</b>	<b>Descripción del beneficio</b>	<b>Frecuencia/limitaciones</b>	<b>Cobertura dentro de la red</b>	<b>Cobertura fuera de la red</b>
<b>Servicios generales complementarios</b>				
D9420	Llamada de un hospital o centro de cirugía ambulatoria	†La frecuencia del beneficio es un código de procedimiento cada tres años calendario si el afiliado es elegible para los beneficios completos de Medicaid (puede variar mes a mes).	100%	0%

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