Detalles de los beneficios dentales

2027

Este documento proporciona detalles adicionales acerca de los beneficios dentales complementarios que tienen cobertura de nuestro plan. Los *Detalles de los beneficios dentales* se aplican a los paquetes de beneficios del plan de 2027 que se muestran en las páginas siguientes. Para obtener más información sobre este documento o sus beneficios dentales, póngase en contacto con Servicios al Miembro a través del número de teléfono o la dirección web que aparece en la contraportada de la *Evidencia de Cobertura* o en su tarjeta de ID de miembro.

Y0020_WCM_7732750_SPA_0_C GOL_DEN27

7219944_NA7WCMBROSPA_M_0000

Los *Detalles de los beneficios dentales* se aplican a los paquetes de beneficios del plan de 2027 que se muestran a continuación. El paquete de beneficios del plan está en la cubierta de la *Evidencia de Cobertura*, en la esquina inferior derecha.

Estado	Paquete de beneficios del plan	Nombre del Plan
AR	H9630011000	Wellcare Arkansas Total Care Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)
AZ	H5590012001	Wellcare Arizona Complete Health Dual Liberty Sync (HMO D-SNP)
AZ	H5590012002	Wellcare Arizona Complete Health Dual Liberty Sync (HMO D-SNP)
DE	H4661003000	Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP)
FL	H1032199000	Wellcare Simple (HMO-POS)
FL	H1032202000	Wellcare Sunshine Health Dual Reserve (HMO-POS D-SNP)
FL	H1032205000	Wellcare Simple (HMO-POS)
FL	H1032246000	Wellcare Sunshine Health Dual Align (HMO D-SNP)
FL	H1032247000	Wellcare Sunshine Health Dual Align (HMO D-SNP)
FL	H1032248000	Wellcare Sunshine Health Dual Access (HMO-POS D-SNP)
FL	H1032249000	Wellcare Sunshine Health Dual Access (HMO-POS D-SNP)
GA	H0111004000	Wellcare Peach State Health Plan Dual Access Open (PPO D-SNP)
GA	H1112006000	Wellcare Peach State Health Plan Dual Access (HMO-POS D-SNP)
GA	H1112033000	Wellcare Peach State Health Plan Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)
GA	H1112034000	Wellcare Patriot Simple (HMO-POS)
GA	H1112046000	Wellcare Peach State Health Plan Dual Reserve (HMO-POS D-SNP)
IA	H1862003000	Wellcare Iowa Total Care Dual Liberty Sync (HMO-POS D-SNP)
IA	H1862005000	Wellcare Simple (HMO-POS)
IL	H1416085000	Wellcare Simple Exclusive Value (HMO-POS)

Estado	Paquete de beneficios del plan	Nombre del Plan
IL	H5779007000	Wellcare Simple Exclusive (HMO)
KS	H6550004000	Wellcare Sunflower Health Plan Dual Access (HMO-POS D-SNP)
KY	H9730004000	Wellcare Dual Liberty Sync (HMO-POS D-SNP)
LA	H2491017000	Wellcare Simple (HMO-POS)
LA	H2491028000	Wellcare Simple (HMO-POS)
LA	H2491034000	Wellcare Simple (HMO-POS)
LA	H2491037000	Wellcare Louisiana Connections Dual Access (HMO-POS D-SNP)
LA	H2491038000	Wellcare Louisiana Connections Dual Access (HMO-POS D-SNP)
MO	H1664005000	Wellcare Home State Health Dual Access (HMO-POS D-SNP)
MO	H7518002000	Wellcare Patriot Giveback Open (PPO)
MO	H7518003000	Wellcare Home State Health Dual Access Open (PPO D-SNP)
MS	H1416044000	Wellcare Magnolia Health Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)
MS	H1416081000	Wellcare Magnolia Health Dual Reserve (HMO-POS D-SNP)
MS	H1416086001	Wellcare Simple (HMO-POS)
NC	H4073001000	Wellcare Simple (HMO-POS)
NV	H0351066000	Wellcare SilverSummit Healthplan Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)
OH	H4158002000	Wellcare Buckeye Health Dual Access (HMO D-SNP)
PA	H2915003000	Wellcare Simple (HMO-POS)
SC	H4847005000	Wellcare Assist (HMO-POS)
TX	H0062011000	Wellcare Superior HealthPlan Dual Align (HMO D-SNP)
TX	H0062012000	Wellcare Superior HealthPlan Dual Align (HMO D-SNP)
TX	H5294010000	Wellcare Superior HealthPlan Dual Liberty (HMO D-SNP)
TX	H5294014000	Wellcare Patriot Simple (HMO)

Estado	Paquete de beneficios del plan	Nombre del Plan
TX	H5294021000	Wellcare Superior HealthPlan Dual Liberty Sync (HMO D-SNP)
TX	H5294022000	Wellcare Superior HealthPlan Dual Liberty Sync (HMO D-SNP)
TX	H5294023000	Wellcare Superior HealthPlan Dual Liberty Sync (HMO D-SNP)
TX	H5294024000	Wellcare Superior HealthPlan Dual Liberty Sync (HMO D-SNP)
TX	H5294025000	Wellcare Superior HealthPlan Dual Liberty Sync (HMO D-SNP)
TX	H0174004000	Wellcare Superior HealthPlan Dual Access (HMO D-SNP)
TX	H0174023000	Wellcare Superior HealthPlan Dual Liberty Sync (HMO D-SNP)
TX	H0174024000	Wellcare Superior HealthPlan Dual Liberty Sync (HMO D-SNP)
TX	H0174025000	Wellcare Superior HealthPlan Dual Liberty Sync (HMO D-SNP)
TX	H0174026000	Wellcare Superior HealthPlan Dual Liberty Sync (HMO D-SNP)
TX	H0174027001	Wellcare Superior HealthPlan Dual Liberty (HMO D-SNP)
TX	H0174027002	Wellcare Superior HealthPlan Dual Liberty (HMO D-SNP)
WI	H8189001000	Wellcare MHS Health Wisconsin Dual Liberty Sync (HMO-POS D-SNP)

Descargo de responsabilidad:

Louisiana D-SNP (H2491): Miembros de Louisiana D-SNP: Como miembro de Wellcare HMO D-SNP, tiene cobertura tanto de Medicare como de Medicaid. Usted recibe su cobertura de medicamentos recetados y de atención de salud de Medicare a través de Wellcare. También es elegible para recibir cobertura y servicios de atención de salud adicionales a través de Louisiana Medicaid. Para obtener más información sobre los proveedores que participan en Louisiana Medicaid, visite https://www.myplan.healthy.la.gov/en/find-provider o https://www.louisianahealthconnect.com. Para obtener información detallada sobre los beneficios de Louisiana Medicaid, visite el sitio web de Medicaid en https://ldh.la.gov/medicaid y seleccione el enlace "Learn about Medicaid Services" (Obtener información sobre los servicios de Medicaid). No dude en comunicarse con nosotros si necesita una copia impresa de nuestro Directorio de proveedores de Medicaid.

Louisiana D-SNP (H2491): Personas interesadas en inscribirse en Louisiana D-SNP: Para obtener información detallada sobre los beneficios de Louisiana Medicaid, visite el sitio web de Medicaid, https://ldh.la.gov/medicaid o https://www.louisianahealthconnect.com. No dude en comunicarse con nosotros si necesita una copia impresa de nuestro Directorio de proveedores de Medicaid.

Texas (H0062 PBP 011 y 012): Miembros de Dual Align: Como miembro del plan Wellcare Superior HealthPlan Dual Align (HMO D-SNP), usted tiene cobertura tanto de Medicare como de Medicaid. Recibirá sus beneficios de Medicare y sus beneficios de STAR+PLUS Medicaid a través de Wellcare Superior HealthPlan Dual Align (HMO D-SNP). Para obtener más información sobre los proveedores que participan en Wellcare Superior HealthPlan Dual Align (HMO D-SNP) para Medicare y Medicaid, visite https://www.wellcarefindaprovider.com/navigate-a-network.html. Para solicitar copias escritas de nuestros Directorios de Proveedores de Medicare y Medicaid, comuníquese con nosotros al 1-855-445-3556 (TTY: 711).

Texas (H0174 & H5294): Como miembro de Wellcare HMO D-SNP, tiene cobertura tanto de Medicare como de Medicaid. Usted recibirá sus beneficios de atención de salud y medicamentos recetados de Medicare a través de Wellcare. Usted también es elegible para recibir beneficios adicionales de atención de salud a través de STAR+PLUS Medicaid. Para obtener más información sobre los proveedores que participan en Wellcare y Medicaid, visite https://www.wellcarefindaprovider.com/navigate-a-network.html. Para solicitar copias escritas de nuestros Directorios de Proveedores de Medicare y Medicaid, comuníquese con nosotros al H0174: 1-833-444-9089 / H5294: 1-855-445-3556 (TTY: 711) o comuníquese con su Organización de Atención Administrada (MCO) de STAR+PLUS.

Comuníquese con su plan para obtener detalles.

Beneficios dentales cubiertos: Nuestro plan proporciona cobertura para los servicios dentales que se describen a continuación. Consulte su *Evidencia de Cobertura de* **2027** para conocer cualquier costo compartido aplicable y el beneficio máximo.

Programa de beneficios dentales de 2027

Código	Descripción General del Servicio	Periodicidad	Autorización previa
Servicios de diagnóstico (preventivos)			
D0120	Evaluación bucal periódica	2 de (D0120) cada año del plan; no dentro de los 6 meses posteriores a un D0150.	**No**
D0140	Evaluación bucal limitada	2 de (D0140, D0160, D9310, D9430, D9440) cada año del plan.	**No**
D0150	Evaluación bucal integral	1 de (D0150) cada 3 años del plan; no dentro de los 3 años del plan de D0120.	**No**
D0160	Evaluación de salud bucal, con enfoque en el problema	2 de (D0140, D0160, D9310, D9430, D9440) cada año del plan.	**No**
D0180	Evaluación periodontal completa	2 de (D0180) cada año del plan; no en la misma fecha que un D0120 o D0150.	**No**
D0210	Serie completa e intraoral de imágenes radiográficas	1 (D0210, D0330, D0701, D0709) cada 3 años del plan.	**No**
D0220	Intrabucal, primera imagen radiográfica periapical	1 (D0220) por fecha de servicio. Cantidad máxima de radiografías en una sola fecha de servicio limitado a una serie bucal completa.	**No**
D0230	Intrabucal, cada imagen radiográfica periapical adicional	4 (D0230) por fecha de servicio. Reembolso máximo por radiografías en una sola fecha de servicio limitado al reembolso permitido para una serie bucal completa.	**No**
D0240	Imagen radiográfica oclusal, intraoral	1 de (D0240) cada año del plan.	**No**
D0251	Imagen radiográfica dental posterior extraoral	2 de (D0251) cada año del plan.	**No**

Código	Descripción General del Servicio	Periodicidad	Autorización previa
D0270	Imagen radiográfica única interproximal	2 (D0270-D0277) cada año del plan. Reembolso máximo para una sola fecha de servicio limitado al reembolso permitido para una serie bucal completa.	**No**
D0272	Dos imágenes radiográficas interproximales	2 (D0270-D0277) cada año del plan. Reembolso máximo para una sola fecha de servicio limitado al reembolso permitido para una serie bucal completa.	**No**
D0273	Aleta de mordida, tres imágenes radiográficas	2 (D0270-D0277) cada año del plan. Reembolso máximo para una sola fecha de servicio limitado al reembolso permitido para una serie bucal completa.	**No**
D0274	Cuatro imágenes radiográficas interproximales	2 (D0270-D0277) cada año del plan. Reembolso máximo para una sola fecha de servicio limitado al reembolso permitido para una serie bucal completa.	**No**
D0277	Aletas de mordida verticales, de 7 a 8 imágenes radiográficas	2 (D0270-D0277) cada año del plan. Reembolso máximo para una sola fecha de servicio limitado al reembolso permitido para una serie bucal completa.	**No**
D0330	Imagen radiográfica panorámica	1 (D0210, D0330, D0701, D0709) cada 3 años del plan. Reembolso máximo para una sola fecha de servicio limitado al reembolso permitido para una serie bucal completa.	**No**
D0350	Imagen fotográfica bucal/facial 2D, intrabucal/extrabucal	1 de (D0350) cada 3 años del plan.	**No**
D0391	Interpretación de imágenes de diagnóstico por parte de un médico que no esté asociado con la toma de las imágenes, incluido el informe	1 (D0391) por fecha de servicio; solo se permite cuando se envía junto con (D0701, D0703, D0706-D0709).	**No**

Código	Descripción General del Servicio	Periodicidad	Autorización previa
D0460	Prueba de vitalidad pulpar	1 de (D0460) por visita.	**No**
D0701	Imagen radiográfica panorámica, solo la captura	1 (D0210, D0330, D0701, D0709) cada 3 años del plan.	**No**
D0703	Imagen fotográfica 2D, solo la captura	1 de (D0703) cada 3 años del plan.	**No**
D0706	Intrabucal, imagen radiográfica oclusal, solo la captura	2 de (D0706) cada año del plan.	**No**
D0707	Intrabucal, imagen radiográfica periapical, solo la captura	1 (D0707) por fecha de servicio.	**No**
D0708	Intrabucal, imagen radiográfica interproximal, solo la captura	2 de (D0708) cada año del plan.	**No**
D0709	Serie completa e intraoral de imágenes radiográficas, solo la captura	1 (D0210, D0330, D0701, D0709) cada 3 años del plan.	**No**
D1110	Profilaxis, adulto	2 de (D1110) cada año del plan.	**No**
D1206	Barniz de fluoruro	1 de (D1206, D1208) cada año del plan.	**No**
D1208	Aplicación tópica de flúor, no incluye el barniz	1 de (D1206, D1208) cada año del plan.	**No**
D1355	Aplicación de un medicamento para prevenir la caries dental	1 (D1355) por diente cada 6 meses.	**No**
Restaurativo			
D2140	Amalgama, una superficie, pieza primaria o permanente	1 de (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie, por diente, cada 2 años del plan.	**No**
D2150	Amalgama, dos superficies, pieza primaria o permanente	1 de (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie, por diente, cada 2 años del plan.	**No**
D2160	Amalgama, tres superficies, pieza primaria o permanente	1 de (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie, por diente, cada 2 años del plan.	**No**
D2161	Amalgama, cuatro superficies o más, pieza primaria o permanente	1 de (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie, por diente, cada 2 años del plan.	**No**

Código	Descripción General del Servicio	Periodicidad	Autorización previa
D2330	Material compuesto a base de resina, una superficie, anterior	1 de (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie, por diente, cada 2 años del plan.	**No**
D2331	Material compuesto a base de resina, dos superficies, anterior	1 de (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie, por diente, cada 2 años del plan.	**No**
D2332	Material compuesto a base de resina, tres superficies, anterior	1 de (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie, por diente, cada 2 años del plan.	**No**
D2335	Material compuesto a base de resina, cuatro superficies o más, incluyendo el ángulo incisal	1 de (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie, por diente, cada 2 años del plan.	**No**
D2390	Corona compuesta a base de resina, anterior	1 (D2390) por diente, cada 2 años del plan. Debe tener al menos un 50% de soporte óseo restante.	**No**
D2391	Material compuesto a base de resina, una superficie, posterior	1 de (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie, por diente, cada 2 años del plan.	**No**
D2392	Material compuesto a base de resina, dos superficies, posterior	1 de (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie, por diente, cada 2 años del plan.	**No**
D2393	Material compuesto a base de resina, tres superficies, posterior	1 de (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie, por diente, cada 2 años del plan.	**No**
D2394	Material compuesto a base de resina, cuatro superficies o más, posterior	1 de (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie, por diente, cada 2 años del plan.	**No**
D2740	Corona, porcelana o cerámica	1 de (D2740-D2752, D2790-D2792, D6210-D6214, D6240-D6242, D6245, D6740, D6750-D6752, D6790-D6792) por diente cada período de 7 años. Requiere una pérdida extensa de la estructura dental debido a caries o fracturas y al menos un 50% de soporte óseo restante.	**Sí**

Código	Descripción General del Servicio	Periodicidad	Autorización previa
D2750	Corona, porcelana fusionada con un metal altamente noble	1 de (D2740-D2752, D2790-D2792, D6210-D6214, D6240-D6242, D6245, D6740, D6750-D6752, D6790-D6792) por diente cada período de 7 años. Requiere una pérdida extensa de la estructura dental debido a caries o fracturas y al menos un 50% de soporte óseo restante.	**Sí**
D2751	Corona, porcelana fusionada con un metal común predominante	1 de (D2740-D2752, D2790-D2792, D6210-D6214, D6240-D6242, D6245, D6740, D6750-D6752, D6790-D6792) por diente cada período de 7 años. Requiere una pérdida extensa de la estructura dental debido a caries o fracturas y al menos un 50% de soporte óseo restante.	**Sí**
D2752	Corona, porcelana fusionada con un metal noble	1 de (D2740-D2752, D2790-D2792, D6210-D6214, D6240-D6242, D6245, D6740, D6750-D6752, D6790-D6792) por diente cada período de 7 años. Requiere una pérdida extensa de la estructura dental debido a caries o fracturas y al menos un 50% de soporte óseo restante.	**Sí**
D2790	Corona, completa de metal altamente noble fundido	1 de (D2740-D2752, D2790-D2792, D6210-D6214, D6240-D6242, D6245, D6740, D6750-D6752, D6790-D6792) por diente cada período de 7 años. Requiere una pérdida extensa de la estructura dental debido a caries o fracturas y al menos un 50% de soporte óseo restante.	**Sí**

Código	Descripción General del Servicio	Periodicidad	Autorización previa
D2791	Corona, completa de metal común predominante fundido	1 de (D2740-D2752, D2790-D2792, D6210-D6214, D6240-D6242, D6245, D6740, D6750-D6752, D6790-D6792) por diente cada período de 7 años. Requiere una pérdida extensa de la estructura dental debido a caries o fracturas y al menos un 50% de soporte óseo restante.	**Sí**
D2792	Corona, completa de metal noble fundido	1 de (D2740-D2752, D2790-D2792, D6210-D6214, D6240-D6242, D6245, D6740, D6750-D6752, D6790-D6792) por diente cada período de 7 años. Requiere una pérdida extensa de la estructura dental debido a caries o fracturas y al menos un 50% de soporte óseo restante.	**Sí**
D2910	Volver a cementar o a unir una incrustación intercuspídea, incrustación cuspídea parcial, carilla o cobertura parcial	1 (D2910-D2920) por diente cada año del plan; no cubierto dentro de los 6 meses posteriores a la entrega.	**No**
D2915	Volver a cementar o a unir un perno y muñón dental indirectamente fabricados o prefabricados	1 (D2910-D2920) por diente cada año del plan; no cubierto dentro de los 6 meses posteriores a la entrega.	**No**
D2920	Volver a cementar o a unir una corona	1 (D2910-D2920) por diente cada año del plan; no cubierto dentro de los 6 meses posteriores a la entrega.	**No**
D2950	Reconstrucción de muñón dental, incluye pernos cuando se necesite	1 (D2950, D2952-D2954, D2957) por diente cada 7 años del plan. Solo cuando es necesario para poder proporcionar soporte a una corona aprobada.	**Sí**
D2951	Retención con pernos, por diente, adicional a la restauración	1 de (D2951) por diente cada 7 años del plan.	**No**

Código	Descripción General del Servicio	Periodicidad	Autorización previa
D2952	Perno y muñón dental además de la corona, indirectamente fabricados	1 (D2950, D2952-D2954, D2957) por diente cada 7 años del plan. Solo cuando es necesario para poder proporcionar soporte a una corona aprobada.	**Sí**
D2953	Cada perno adicional indirectamente fabricado, mismo diente	1 (D2950, D2952-D2954, D2957) por diente cada 7 años del plan. Solo cuando es necesario para poder proporcionar soporte a una corona aprobada.	**Sí**
D2954	Perno y núcleo prefabricados, además de la corona	1 (D2950, D2952-D2954, D2957) por diente cada 7 años del plan. Solo cuando es necesario para poder proporcionar soporte a una corona aprobada.	**Sí**
D2957	Cada perno prefabricado adicional, mismo diente	1 (D2950, D2952-D2954, D2957) por diente cada 7 años del plan. Solo cuando es necesario para poder proporcionar soporte a una corona aprobada.	**No**
D2980	Reparación de corona necesaria por falla del material de restauración	1 (D2980) por diente cada 3 años del plan.	**No**
Endodoncia			
D3120	Recubrimiento pulpar, indirecto (no incluye la restauración final)	1 (D3110, D3120, D3220) por diente de por vida; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante.	**No**
D3310	Terapia de endodoncia, dientes anteriores (no incluye la restauración final)	1 (D3310-D3330) por diente de por vida; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante.	**No**
D3320	Terapia de endodoncia, dientes premolares (no incluye la restauración final)	1 (D3310-D3330) por diente de por vida; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante.	**No**
D3330	Terapia de endodoncia, dientes molares (no incluye la restauración final)	1 (D3310-D3330) por diente de por vida; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante.	**No**

Código	Descripción General del Servicio	Periodicidad	Autorización previa
D3331	Tratamiento de obstrucción del conducto radicular; acceso no quirúrgico	1 (D3331-D3333) por diente de por vida; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante.	**No**
D3332	Terapia de endodoncia incompleta; diente inoperable, no restaurable, fracturado	1 (D3331-D3333) por diente de por vida; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante.	**No**
D3333	Reparación de la raíz interna por defectos de perforación	1 (D3331-D3333) por diente de por vida; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante.	**No**
D3346	Retratamiento de tratamiento de conducto radicular previo, anterior	1 de (D3346-D3348) por diente de por vida; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante; el retratamiento no se puede pagar al mismo proveedor en 1 año del plan siguiente al tratamiento de conducto original.	**No**
D3347	Retratamiento de tratamiento de conducto radicular previo, premolar	1 de (D3346-D3348) por diente de por vida; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante; el retratamiento no se puede pagar al mismo proveedor en 1 año del plan siguiente al tratamiento de conducto original.	**No**
D3348	Retratamiento de tratamiento de conducto radicular previo, molar	1 de (D3346-D3348) por diente de por vida; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante; el retratamiento no se puede pagar al mismo proveedor en 1 año del plan siguiente al tratamiento de conducto original.	**No**
D3351	Apexificación/recalcificación, visita inicial	1 (D3351-D3353, D3410, D3421, D3425-D3426, D3430, D3450, D3470) por diente de por vida; no se permite si lo realiza el mismo proveedor o grupo de proveedores.	**No**

Código	Descripción General del Servicio	Periodicidad	Autorización previa
D3352	Apexificación/recalcificación, reemplazo de medicamento provisional	1 (D3351-D3353, D3410, D3421, D3425-D3426, D3430, D3450, D3470) por diente de por vida; no se permite si lo realiza el mismo proveedor o grupo de proveedores.	**No**
D3353	Apexificación/recalcificación, visita final	1 (D3351-D3353, D3410, D3421, D3425-D3426, D3430, D3450, D3470) por diente de por vida; no se permite si lo realiza el mismo proveedor o grupo de proveedores.	**No**
D3410	Apicectomía, anterior	1 de (D3351- D3353, D3410, D3421, D3425-D3426, D3430, D3450, D3470) por diente, por raíz, de por vida.	**No**
D3421	Apicectomía, premolar (primera raíz)	1 de (D3351- D3353, D3410, D3421, D3425-D3426, D3430, D3450, D3470) por diente, por raíz, de por vida.	**No**
D3425	Apicectomía, molar (primera raíz)	1 de (D3351- D3353, D3410, D3421, D3425-D3426, D3430, D3450, D3470) por diente, por raíz, de por vida.	**No**
D3426	Apicectomía (cada raíz adicional)	1 de (D3351- D3353, D3410, D3421, D3425-D3426, D3430, D3450, D3470) por diente, por raíz, de por vida.	**No**
D3430	Empaste retrógrado, por raíz	1 de (D3351- D3353, D3410, D3421, D3425-D3426, D3430, D3450, D3470) por diente, por raíz, de por vida.	**No**
D3450	Amputación radicular, por raíz	1 de (D3351- D3353, D3410, D3421, D3425-D3426, D3430, D3450, D3470) por diente, de por vida.	**No**
D3920	Hemisección, sin incluir el tratamiento de conducto radicular	1 (D3920-D3921) por diente de por vida.	**No**

Código	Descripción General del Servicio	Periodicidad	Autorización previa
Periodoncia			
D4210	Gingivectomía o gingivoplastia, cuatro o más dientes por cuadrante	1 (D4210-D4211) por cuadrante, cada 3 años del plan.	**No**
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia, de uno a tres dientes por cuadrante	1 (D4210-D4211) por cuadrante, cada 3 años del plan.	**No**
D4212	Gingivectomía y gingivoplastia para permitir el acceso para un procedimiento restaurativo, por diente	1 (D4212) por diente de por vida.	**No**
D4240	Procedimiento de colgajo gingival, incluyendo alisado radicular, cuatro o más dientes contiguos o en un área delimitada por dientes	1 (D4240-D4245) por cuadrante, cada 3 años del plan.	**No**
D4241	Procedimiento de colgajo gingival, incluyendo alisado radicular, uno o tres dientes contiguos o en un área delimitada por dientes	1 (D4240-D4245) por cuadrante, cada 3 años del plan.	**No**
D4245	Colgajo en posición apical	1 (D4240-D4245) por cuadrante, cada 3 años del plan.	**No**
D4249	Alargamiento clínico de la corona, tejido duro	1 (D4249) por diente de por vida.	**Sí**
D4260	Cirugía ósea, cuatro o más dientes por cuadrante	1 (D4260-D4261) por cuadrante, cada 3 años del plan.	**Sí**
D4261	Cirugía ósea, de uno a tres dientes por cuadrante	1 (D4260-D4261) por cuadrante, cada 3 años del plan.	**Sí**
D4270	Procedimiento de injerto de tejido blando pediculado	1 de (D4270-D4285) por diente, cada 3 años del plan.	**No**
D4273	Procedimiento de injerto de tejido conectivo autógeno, primer diente	1 de (D4270-D4285) por diente, cada 3 años del plan.	**No**
D4274	Procedimiento de cuña mesial/distal, diente único	1 de (D4270-D4285) por diente, cada 3 años del plan.	**No**
D4275	Injerto de tejido conectivo no autógeno, primer diente	1 de (D4270-D4285) por diente, cada 3 años del plan.	**No**

Código	Descripción General del Servicio	Periodicidad	Autorización previa
D4276	Tejido conectivo e injerto pedicular combinados, por diente	1 de (D4270-D4285) por diente, cada 3 años del plan.	**No**
D4277	Injerto de tejido blando libre, primer diente	1 de (D4270-D4285) por diente, cada 3 años del plan.	**No**
D4278	Injerto de tejido blando libre, cada diente adicional	1 de (D4270-D4285) por diente, cada 3 años del plan.	**No**
D4283	Procedimiento de injerto de tejido conectivo autógeno, cada diente adicional, por sitio	1 de (D4270-D4285) por diente, cada 3 años del plan.	**No**
D4285	Procedimiento de injerto de tejido conectivo no autógeno, cada diente adicional, por sitio	1 de (D4270-D4285) por diente, cada 3 años del plan.	**No**
D4341	Limpieza profunda para 4 o más dientes en un cuadrante	1 de (D4341-D4342) por cuadrante cada 2 años del plan; solo se permiten dos cuadrantes en la misma fecha de servicio.	**Sí**
D4342	Limpieza profunda para 1 a 3 dientes en un cuadrante	1 de (D4341-D4342) por cuadrante cada 2 años del plan; solo se permiten dos cuadrantes en la misma fecha de servicio.	**Sí**
D4346	Raspado en presencia de inflamación gingival moderada o grave, boca completa, después de la evaluación	1 (D4346) cada 2 años del plan, no se permite dentro de los seis meses de D1110, D4341, D4342, D4355 o D4910.	**No**
D4355	Desbridamiento bucal completo para permitir una evaluación y un diagnóstico integrales en la próxima visita.	1 de (D4355) cada 2 años del plan; no se permite la misma fecha de servicio (DOS) que D0180 o dentro de los 6 meses posteriores a un D0120, D0150 o D0180.	**No**
D4910	Mantenimiento periodontal	2 de (D4910) cada año del plan; no dentro de los 90 días posteriores a un D1110.	**No**

Código	Descripción General del Servicio	Periodicidad	Autorización previa
Prostodoncia (removible)			
D5110	Dentadura completa, maxilar	1 (D5110, D5130, D5211, D5213, D5225, D5284 o D5286) cada 5 años del plan para la mandíbula superior.	**Sí**
D5120	Dentadura completa, mandibular	1 (D5120, D5140, D5212, D5214, D5226, D5284 o D5286) cada 5 años del plan para la mandíbula inferior.	**Sí**
D5130	Dentadura inmediata, maxilar	1 (D5110, D5130, D5211, D5213, D5225, D5284 o D5286) cada 5 años del plan para la mandíbula superior.	**Sí**
D5140	Dentadura inmediata, mandibular	1 (D5120, D5140, D5212, D5214, D5226, D5284 o D5286) cada 5 años del plan para la mandíbula inferior.	**Sí**
D5211	Dentadura postiza parcial maxilar, base de resina	1 (D5110, D5130, D5211, D5213, D5225, D5284 o D5286) cada 5 años del plan para la mandíbula superior.	**Sí**
D5212	Dentadura postiza parcial mandibular, base de resina	1 (D5120, D5140, D5212, D5214, D5226, D5284 o D5286) cada 5 años del plan para la mandíbula inferior.	**Sí**
D5213	Dentadura postiza parcial maxilar, metal fundido, base de resina	1 (D5110, D5130, D5211, D5213, D5225, D5284 o D5286) cada 5 años del plan para la mandíbula superior.	**Sí**
D5214	Dentadura postiza parcial mandibular, metal fundido, base de resina	1 (D5120, D5140, D5212, D5214, D5226, D5284 o D5286) cada 5 años del plan para la mandíbula inferior.	**Sí**

Código	Descripción General del Servicio	Periodicidad	Autorización previa
D5225	Dentadura postiza parcial maxilar, base flexible	1 (D5110, D5130, D5211, D5213, D5225, D5284 o D5286) cada 5 años del plan para la mandíbula superior.	**Sí**
D5226	Dentadura postiza parcial mandibular, base flexible	1 (D5120, D5140, D5212, D5214, D5226, D5284 o D5286) cada 5 años del plan para la mandíbula inferior.	**Sí**
D5410	Ajuste de la dentadura completa, maxilar	1 de (D5410-D5512, D5611-D5622) por arco, cada año del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluida la dentadura si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis.	**No**
D5411	Ajuste de la dentadura completa, mandibular	1 de (D5410-D5512, D5611-D5622) por arco, cada año del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluida la dentadura si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis.	**No**
D5421	Ajuste de la dentadura postiza parcial, maxilar	1 de (D5410-D5512, D5611-D5622) por arco, cada año del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluida la dentadura si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis.	**No**
D5422	Ajuste de la dentadura postiza parcial, mandibular	1 de (D5410-D5512, D5611-D5622) por arco, cada año del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluida la dentadura si se encuentra dentro de los 6 meses	**No**

Código	Descripción General del Servicio	Periodicidad	Autorización previa
		posteriores a la entrega de la prótesis.	
D5511	Reparación de base de dentadura postiza completa rota, mandibular	1 de (D5410-D5512, D5611-D5622) por arco, cada año del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluida la dentadura si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis.	**No**
D5512	Reparación de base de dentadura postiza completa rota, maxilar	1 de (D5410-D5512, D5611-D5622) por arco, cada año del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluida la dentadura si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis.	**No**
D5520	Reemplazo de dientes faltantes o rotos, dentadura postiza completa	1 de (D5520, D5630, D5640, D5650) por diente, cada año del plan; incluida la dentadura si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis; solo 1 de (D5660) por arco cada año del plan; solo 1 de cualquiera (D5670-D5671) por arco cada 2 años del plan.	**No**
D5611	Reparación de base de dentadura postiza parcial de resina, mandibular	1 de (D5410-D5512, D5611-D5622) por arco, cada año del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluida la dentadura si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis.	**No**
D5612	Reparación de base de dentadura postiza parcial de resina, maxilar	1 de (D5410-D5512, D5611-D5622) por arco, cada año del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega;	**No**

Código	Descripción General del Servicio	Periodicidad	Autorización previa
		incluida la dentadura si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis.	
D5621	Reparación de estructura parcial de fundición, mandibular	1 de (D5410-D5512, D5611-D5622) por arco, cada año del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluida la dentadura si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis.	**No**
D5622	Reparación de estructura parcial de fundición, maxilar	1 de (D5410-D5512, D5611-D5622) por arco, cada año del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluida la dentadura si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis.	**No**
D5630	Reparación o reemplazo del gancho de retención roto, por diente	1 (D5520, D5630, D5640, D5650) por diente, cada año del plan; incluida la dentadura si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis; 1 (D5660) por arco cada año del plan; 1 (D5670-D5671) por arco cada 2 años del plan.	**No**
D5640	Reemplazo de dientes rotos, por diente	1 (D5520, D5630, D5640, D5650) por diente, cada año del plan; incluida la dentadura si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis; 1 (D5660) por arco cada año del plan; 1 (D5670-D5671) por arco cada 2 años del plan.	**No**

Código	Descripción General del Servicio	Periodicidad	Autorización previa
D5650	Agregado de diente a dentadura postiza parcial existente	1 (D5520, D5630, D5640, D5650) por diente, cada año del plan; incluida la dentadura si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis; 1 (D5660) por arco cada año del plan; 1 (D5670-D5671) por arco cada 2 años del plan.	**No**
D5660	Agregado de gancho a dentadura postiza parcial existente, por diente	1 (D5520, D5630, D5640, D5650) por diente, cada año del plan; incluida la dentadura si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis; 1 (D5660) por arco cada año del plan; 1 (D5670-D5671) por arco cada 2 años del plan.	**No**
D5670	Reemplazo de todos los dientes y el acrílico en la estructura de metal fundido, maxilar	1 (D5520, D5630, D5640, D5650) por diente, cada año del plan; incluida la dentadura si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis; 1 (D5660) por arco cada año del plan; 1 (D5670-D5671) por arco cada 2 años del plan.	**No**
D5671	Reemplazo de todos los dientes y el acrílico en la estructura de metal fundido, mandibular	1 de (D5520, D5630, D5640, D5650) por diente, cada año del plan; incluida la dentadura si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis; 1 de (D5660) por arco cada año del plan; 1 de (D5670-D5671) por arco cada 2 años del plan.	**No**

Código	Descripción General del Servicio	Periodicidad	Autorización previa
D5710	Rebasado de la dentadura postiza maxilar completa	1 de (D5710-D5721, D5730-D5761) por arco, cada 2 años del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluso si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis.	**No**
D5711	Rebasado de la dentadura postiza mandibular completa	1 de (D5710-D5721, D5730-D5761) por arco, cada 2 años del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluso si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis.	**No**
D5720	Rebasado de la dentadura postiza maxilar parcial	1 de (D5710-D5721, D5730-D5761) por arco, cada 2 años del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluso si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis.	**No**
D5721	Rebasado de la dentadura postiza mandibular parcial	1 de (D5710-D5721, D5730-D5761) por arco, cada 2 años del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluso si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis.	**No**
D5730	Recubrimiento de la dentadura maxilar completa, en el consultorio odontológico	1 de (D5710-D5721, D5730-D5761) por arco, cada 2 años del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluso si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis.	**No**
D5731	Recubrimiento de la dentadura mandibular completa, en el consultorio odontológico	1 de (D5710-D5721, D5730-D5761) por arco, cada 2 años del plan; debe ser posterior a 6	**No**

Código	Descripción General del Servicio	Periodicidad	Autorización previa
		meses después de la entrega; incluso si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis.	
D5740	Recubrimiento de la dentadura parcial maxilar, en el consultorio odontológico	1 de (D5710-D5721, D5730-D5761) por arco, cada 2 años del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluso si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis.	**No**
D5741	Recubrimiento de la dentadura parcial mandibular, en el consultorio odontológico	1 de (D5710-D5721, D5730-D5761) por arco, cada 2 años del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluso si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis.	**No**
D5750	Recubrimiento de la dentadura maxilar completa, en el laboratorio protésico	1 de (D5710-D5721, D5730-D5761) por arco, cada 2 años del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluso si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis.	**No**
D5751	Recubrimiento de la dentadura mandibular completa, en el laboratorio protésico	1 de (D5710-D5721, D5730-D5761) por arco, cada 2 años del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluso si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis.	**No**
D5760	Recubrimiento de la dentadura parcial maxilar, en el laboratorio protésico	1 de (D5710-D5721, D5730-D5761) por arco, cada 2 años del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluso si se encuentra dentro de	**No**

Código	Descripción General del Servicio	Periodicidad	Autorización previa
		los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis.	
D5761	Recubrimiento de la dentadura parcial mandibular, en el laboratorio protésico	1 de (D5710-D5721, D5730-D5761) por arco, cada 2 años del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluso si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis.	**No**
D5765	Revestimiento blando para dentadura postiza removible parcial o completa, indirecto	1 (D5765) por arco, cada 2 años del plan, no dentro de los seis meses posteriores a la entrega de la dentadura postiza.	**No**
D5850	Acondicionamiento de tejidos, maxilar	1 de (D5850-D5851) por arco, cada año del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluso si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis.	**No**
D5851	Acondicionamiento de tejidos, mandibular	1 de (D5850-D5851) por arco, cada año del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluso si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis.	**No**
Prostodoncia, fija			
D6210	Póntico, metal altamente noble fundido	1 de (D2740-D2752, D2790-D2792, D6210-D6214, D6240-D6242, D6245, D6740, D6750-D6752, D6790-D6792) por diente cada período de 7 años. Requiere una pérdida extensa de la estructura dental debido a caries o fracturas y al menos un 50% de soporte óseo restante.	**Sí**

Código	Descripción General del Servicio	Periodicidad	Autorización previa
D6211	Póntico, metal común predominante fundido	1 de (D2740-D2752, D2790-D2792, D6210-D6214, D6240-D6242, D6245, D6740, D6750-D6752, D6790-D6792) por diente cada período de 7 años. Requiere una pérdida extensa de la estructura dental debido a caries o fracturas y al menos un 50% de soporte óseo restante.	**Sí**
D6212	Póntico, metal noble fundido	1 de (D2740-D2752, D2790-D2792, D6210-D6214, D6240-D6242, D6245, D6740, D6750-D6752, D6790-D6792) por diente cada período de 7 años. Requiere una pérdida extensa de la estructura dental debido a caries o fracturas y al menos un 50% de soporte óseo restante.	**Sí**
D6240	Póntico, porcelana fusionada con un metal altamente noble	1 de (D2740-D2752, D2790-D2792, D6210-D6214, D6240-D6242, D6245, D6740, D6750-D6752, D6790-D6792) por diente cada período de 7 años. Requiere una pérdida extensa de la estructura dental debido a caries o fracturas y al menos un 50% de soporte óseo restante.	**Sí**
D6241	Póntico, porcelana fusionada con un metal común predominante	1 de (D2740-D2752, D2790-D2792, D6210-D6214, D6240-D6242, D6245, D6740, D6750-D6752, D6790-D6792) por diente cada período de 7 años. Requiere una pérdida extensa de la estructura dental debido a caries o fracturas y al menos un 50% de soporte óseo restante.	**Sí**
D6242	Póntico, porcelana fusionada con un metal noble	1 de (D2740-D2752, D2790-D2792, D6210-D6214, D6240-D6242, D6245, D6740, D6750-D6752, D6790-D6792) por diente	**Sí**

Código	Descripción General del Servicio	Periodicidad	Autorización previa
		cada período de 7 años. Requiere una pérdida extensa de la estructura dental debido a caries o fracturas y al menos un 50% de soporte óseo restante.	
D6245	Póntico, porcelana o cerámica	1 de (D2740-D2752, D2790-D2792, D6210-D6214, D6240-D6242, D6245, D6740, D6750-D6752, D6790-D6792) por diente cada período de 7 años. Requiere una pérdida extensa de la estructura dental debido a caries o fracturas y al menos un 50% de soporte óseo restante.	**Sí**
D6740	Corona retenedora, porcelana o cerámica	1 de (D2740-D2752, D2790-D2792, D6210-D6214, D6240-D6242, D6245, D6740, D6750-D6752, D6790-D6792) por diente cada período de 7 años. Requiere una pérdida extensa de la estructura dental debido a caries o fracturas y al menos un 50% de soporte óseo restante.	**Sí**
D6750	Corona, porcelana fusionada con un metal altamente noble	1 de (D2740-D2752, D2790-D2792, D6210-D6214, D6240-D6242, D6245, D6740, D6750-D6752, D6790-D6792) por diente cada período de 7 años. Requiere una pérdida extensa de la estructura dental debido a caries o fracturas y al menos un 50% de soporte óseo restante.	**Sí**
D6751	Corona retenedora, porcelana fusionada con un metal común predominante	1 de (D2740-D2752, D2790-D2792, D6210-D6214, D6240-D6242, D6245, D6740, D6750-D6752, D6790-D6792) por diente cada período de 7 años. Requiere una pérdida extensa de la estructura dental debido a caries	**Sí**

Código	Descripción General del Servicio	Periodicidad	Autorización previa
		o fracturas y al menos un 50% de soporte óseo restante.	
D6752	Corona retenedora, porcelana fusionada con un metal noble	1 de (D2740-D2752, D2790-D2792, D6210-D6214, D6240-D6242, D6245, D6740, D6750-D6752, D6790-D6792) por diente cada período de 7 años. Requiere una pérdida extensa de la estructura dental debido a caries o fracturas y al menos un 50% de soporte óseo restante.	**Sí**
D6790	Corona retenedora, completa de metal altamente noble fundido	1 de (D2740-D2752, D2790-D2792, D6210-D6214, D6240-D6242, D6245, D6740, D6750-D6752, D6790-D6792) por diente cada período de 7 años. Requiere una pérdida extensa de la estructura dental debido a caries o fracturas y al menos un 50% de soporte óseo restante.	**Sí**
D6791	Corona retenedora, completa de metal común predominante fundido	1 de (D2740-D2752, D2790-D2792, D6210-D6214, D6240-D6242, D6245, D6740, D6750-D6752, D6790-D6792) por diente cada período de 7 años. Requiere una pérdida extensa de la estructura dental debido a caries o fracturas y al menos un 50% de soporte óseo restante.	**Sí**
D6792	Corona retenedora, completa de metal noble fundido	1 de (D2740-D2752, D2790-D2792, D6210-D6214, D6240-D6242, D6245, D6740, D6750-D6752, D6790-D6792) por diente cada período de 7 años. Requiere una pérdida extensa de la estructura dental debido a caries o fracturas y al menos un 50% de soporte óseo restante.	**Sí**

Código	Descripción General del Servicio	Periodicidad	Autorización previa
D6930	Volver a cementar o a unir una dentadura postiza parcial fija	1 de (D6930) por diente cada 2 años del plan; no es pagadero dentro de los 6 meses posteriores a la entrega.	**No**
Cirugía oral			
D7140	Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta	1 de (D7140-D7251) por diente de por vida; D7250 requiere evidencia de extracción previa fallida con raíz retenida y que no la realice el mismo proveedor o grupo.	**No**
D7210	Extracción, diente erupcionado que requiere extracción de hueso o corte del diente	1 de (D7140-D7251) por diente de por vida; D7250 requiere evidencia de extracción previa fallida con raíz retenida y que no la realice el mismo proveedor o grupo.	**Sí**
D7220	Extracción de diente retenido, tejido blando	1 de (D7140-D7251) por diente de por vida; D7250 requiere evidencia de extracción previa fallida con raíz retenida y que no la realice el mismo proveedor o grupo.	**No**
D7230	Extracción de diente retenido, parcialmente ósea	1 de (D7140-D7251) por diente de por vida; D7250 requiere evidencia de extracción previa fallida con raíz retenida y que no la realice el mismo proveedor o grupo.	**No**
D7240	Extracción de diente retenido, completamente ósea	1 de (D7140-D7251) por diente de por vida; D7250 requiere evidencia de extracción previa fallida con raíz retenida y que no la realice el mismo proveedor o grupo.	**No**

Código	Descripción General del Servicio	Periodicidad	Autorización previa
D7241	Extracción de diente retenido, completamente ósea, complicación	1 de (D7140-D7251) por diente de por vida; D7250 requiere evidencia de extracción previa fallida con raíz retenida y que no la realice el mismo proveedor o grupo.	**No**
D7250	Extracción de restos radiculares (procedimiento de corte)	1 de (D7140-D7251) por diente de por vida; D7250 requiere evidencia de extracción previa fallida con raíz retenida y que no la realice el mismo proveedor o grupo.	**Sí**
D7251	Coronectomía, extracción parcial intencional del diente, solo el diente retenido	1 de (D7140-D7251) por diente de por vida; D7250 requiere evidencia de extracción previa fallida con raíz retenida y que no la realice el mismo proveedor o grupo.	**No**
D7260	Cierre de fístula oroantral	1 de (D7260, D7261) por cuadrante, por fecha de servicio.	**No**
D7261	Cierre primario de una perforación sinusal	1 de (D7260, D7261) por cuadrante, por fecha de servicio.	**No**
D7270	Reimplante o estabilización de diente, accidente	1 de (D7270-D7282) por diente de por vida.	**No**
D7272	Trasplante de diente	No está cubierto.	**No**
D7280	Exposición de un diente retenido	1 de (D7270-D7282) por diente de por vida.	**No**
D7285	Biopsia por incisión del tejido bucal, duro (hueso, diente)	1 de (D7285, D7286, D7288) cada 2 años del plan; 1 de (D7287) por sitio, cada 2 años del plan.	**No**
D7286	Biopsia por incisión del tejido bucal, blando	1 de (D7285, D7286, D7288) cada 2 años del plan; 1 de (D7287) por sitio, cada 2 años del plan.	**No**
D7287	Recolección de muestras citológicas exfoliativas	1 de (D7285, D7286, D7288) cada 2 años del plan; 1 de (D7287) por sitio, cada 2 años del plan.	**No**

Código	Descripción General del Servicio	Periodicidad	Autorización previa
D7288	Biopsia con cepillo, obtención de muestra transepitelial	1 de (D7285, D7286, D7288) cada 2 años del plan; 1 de (D7287) por sitio, cada 2 años del plan.	**No**
D7310	Alveoloplastia con extracciones, cuatro o más dientes, por cuadrante	1 (D7310-D7321) por cuadrante, de por vida. Solo en preparación para un tratamiento de dentadura postiza completa o parcial planificado con un espacio desdentado de al menos tres dientes contiguos.	**Sí**
D7311	Alveoloplastia con extracciones, de uno a tres dientes, por cuadrante	1 (D7310-D7321) por cuadrante, de por vida. Solo en preparación para un tratamiento de dentadura postiza completa o parcial planificado con un espacio desdentado de al menos tres dientes contiguos.	**Sí**
D7320	Alveoloplastia sin extracciones, cuatro o más dientes, por cuadrante	1 (D7310-D7321) por cuadrante, de por vida. Solo en preparación para un tratamiento de dentadura postiza completa o parcial planificado con un espacio desdentado de al menos tres dientes contiguos.	**Sí**
D7321	Alveoloplastia sin extracciones, de uno a tres dientes, por cuadrante	1 (D7310-D7321) por cuadrante, de por vida. Solo en preparación para un tratamiento de dentadura postiza completa o parcial planificado con un espacio desdentado de al menos tres dientes contiguos.	**Sí**
D7340	Vestibuloplastia, extensión del reborde (epitelización secundaria)	1 de (D7340, D7350) por cuadrante, cada 5 años del plan.	**No**
D7350	Vestibuloplastia, extensión del reborde	1 de (D7340, D7350) por cuadrante, cada 5 años del plan.	**No**
D7410	Extirpación de lesión benigna, hasta 1.25 cm	1 de (D7410-D7465) por fecha de servicio.	**No**

Código	Descripción General del Servicio	Periodicidad	Autorización previa
D7411	Extirpación de lesión benigna, mayor a 1.25 cm	1 de (D7410-D7465) por fecha de servicio.	**No**
D7412	Extirpación de lesión benigna, complicada	1 de (D7410-D7465) por fecha de servicio.	**No**
D7413	Extirpación de lesión maligna, hasta 1.25 cm	1 de (D7410-D7465) por fecha de servicio.	**No**
D7414	Extirpación de lesión maligna, mayor a 1.25 cm	1 de (D7410-D7465) por fecha de servicio.	**No**
D7415	Extirpación de lesión maligna, complicada	1 de (D7410-D7465) por fecha de servicio.	**No**
D7440	Extirpación de tumor maligno, hasta 1.25 cm	1 de (D7410-D7465) por fecha de servicio.	**No**
D7441	Extirpación de tumor maligno, mayor a 1.25 cm	1 de (D7410-D7465) por fecha de servicio.	**No**
D7450	Extracción de quiste/tumor odontógeno benigno, hasta 1.25 cm	1 de (D7410-D7465) por fecha de servicio.	**No**
D7451	Extracción de quiste/tumor odontógeno benigno, mayor a 1.25 cm	1 de (D7410-D7465) por fecha de servicio.	**No**
D7460	Extracción de quiste/tumor no odontógeno benigno, hasta 1.25 cm	1 de (D7410-D7465) por fecha de servicio.	**No**
D7461	Extracción de quiste/tumor no odontógeno benigno, mayor a 1.25 cm	1 de (D7410-D7465) por fecha de servicio.	**No**
D7465	Destrucción de lesiones mediante método físico o químico, por informe	1 de (D7410-D7465) por fecha de servicio.	**No**
D7471	Extracción de exostosis lateral, maxilar o mandibular	1 de (D7471) por arco, de por vida.	**No**
D7472	Extracción del rodete palatino	1 de (D7472) de por vida.	**No**
D7473	Extracción del rodete mandibular	1 de (D7473) por cuadrante, de por vida.	**No**

Código	Descripción General del Servicio	Periodicidad	Autorización previa
D7485	Reducción de una tuberosidad ósea	1 de (D7485) por cuadrante, de por vida.	**No**
D7509	Marsupialización de quiste odontógeno	1 de (D7509) por fecha de servicio.	**No**
D7510	Incisión y drenaje de absceso, tejido blando intrabucal	1 de (D7510-D7540) por fecha de servicio.	**No**
D7511	Incisión y drenaje de absceso, tejido blando intrabucal, complicada	1 de (D7510-D7540) por fecha de servicio.	**No**
D7520	Incisión y drenaje de absceso, tejido blando extrabucal	1 de (D7510-D7540) por fecha de servicio.	**No**
D7521	Incisión y drenaje de absceso, tejido blando extrabucal, complicada	1 de (D7510-D7540) por fecha de servicio.	**No**
D7530	Extracción de un cuerpo extraño, mucosa, piel, tejido	1 de (D7510-D7540) por fecha de servicio.	**No**
D7540	Extracción de cuerpos extraños que producen una reacción, sistema musculoesquelético	1 de (D7510-D7540) por fecha de servicio.	**No**
D7970	Extirpación de tejido hiperplásico. por arco	1 (D7970) por arco, cada 5 años del plan.	**No**
D7971	Extirpación de encía con pericoronaritis	1 (D7971) por diente, de por vida.	**No**
D7972	Reducción quirúrgica de una tuberosidad fibrosa	1 (D7972) por cuadrante maxilar, de por vida.	**No**
Servicios generales complementarios			
D9110	Tratamiento paliativo (de emergencia), procedimiento menor	1 de (D9110) por año del plan.	**No**
D9222	Sedación profunda/anestesia general, primer incremento de 15 minutos	1 de (D9222, D9230, D9239, D9248) por fecha de servicio.	**Sí**
D9223	Sedación profunda/anestesia general, cada incremento posterior de 15 minutos	7 de (D9223, D9225, D9243, D9245, D9247) por fecha de servicio.	**Sí**

Código	Descripción General del Servicio	Periodicidad	Autorización previa
D9224	Administración de anestesia general con control avanzado de la vía aérea, primer incremento de 15 minutos o cualquier fracción de ese período	1 de (D9222, D9224, D9239, D9244, D9246) por fecha de servicio.	**No**
D9225	Administración de anestesia general con control avanzado de la vía aérea, cada incremento posterior de 15 minutos o cualquier fracción de ese período	7 de (D9223, D9225, D9243, D9245, D9247) por fecha de servicio.	**No**
D9239	Sedación/analgesia intravenosa moderada (consciente), primer incremento de 15 minutos	1 de (D9222, D9224, D9239, D9244, D9246) por fecha de servicio.	**Sí**
D9243	Sedación/analgesia intravenosa moderada (consciente), cada incremento posterior de 15 minutos	7 de (D9223, D9225, D9243, D9245, D9247) por fecha de servicio.	**Sí**
D9244	Administración de sedación mínima en el consultorio, medicamento único, enteral	1 de (D9222, D9224, D9239, D9244, D9246) por fecha de servicio.	**No**
D9245	Administración de sedación moderada, enteral	7 de (D9223, D9225, D9243, D9245, D9247) por fecha de servicio.	**No**
D9246	Administración de sedación moderada, parenteral no intravenosa, primer incremento de 15 minutos, o cualquier fracción de ese período	1 de (D9222, D9224, D9239, D9244, D9246) por fecha de servicio.	**No**
D9247	Administración de sedación moderada, parenteral no intravenosa, cada incremento posterior de 15 minutos, o cualquier fracción de ese período	7 de (D9223, D9225, D9243, D9245, D9247) por fecha de servicio.	**No**
D9310	Consulta, que no sea con el dentista solicitante	2 de (D0140, D0160, D9310) cada año del plan.	**No**

Código	Descripción General del Servicio	Periodicidad	Autorización previa
D9911	Aplicación de resina desensibilizante para la superficie cervical, de la raíz, por diente	1 de (D9911) por diente cada 2 años del plan.	**No**
D9942	Reparación o recubrimiento de la férula oclusal	1 de (D9942) cada 2 años del plan, no dentro de los seis meses posteriores a la entrega del dispositivo.	**No**
D9944	Férula oclusal, dispositivo duro, arco completo	1 de (D9944-D9946) cada 5 años del plan.	**No**
D9945	Férula oclusal, dispositivo blando, arco completo	1 de (D9944-D9946) cada 5 años del plan.	**No**
D9946	Férula oclusal, dispositivo duro, arco parcial	1 de (D9944-D9946) cada 5 años del plan.	**No**
D9951	Ajuste oclusal, limitado	1 de (D9951) cada 2 años del plan.	**No**
D9995	Teleodontología; síncrona; encuentro en tiempo real	1 (D9995-D9996) por fecha de servicio.	**No**
D9996	Teleodontología; asíncrona; información almacenada y dirigida al dentista para su revisión posterior	1 (D9995-D9996) por fecha de servicio.	**No**

Limitaciones:

- Tratamiento opcional: si usted selecciona un servicio más caro del que suele proporcionarse, se puede hacer un subsidio de beneficio alternativo para ciertos servicios en función de la tarifa por el servicio que se proporciona habitualmente. Usted es responsable de la diferencia de los costos.
    - Cuando faltan los dientes posteriores en ambos cuadrantes del mismo arco, una solicitud de beneficio para uno o más puentes fijos posteriores en ese arco se limitará al beneficio de un diente convencional y una dentadura postiza parcial basada en tejido blando.

Exclusiones:

- Servicios o suministros para la corrección de malformaciones congénitas o del desarrollo.
- Servicios de odontología cosmética o cirugía con fines estéticos (incluido el tratamiento de malformaciones congénitas o del desarrollo, blanqueamiento de dientes e injertos para mejorar la estética).
- Gastos por hospitalización, análisis de laboratorio y exámenes histopatológicos.
- Cargos por no asistir a una cita programada con el dentista.
- Servicios o suministros por los que no se puede demostrar ninguna necesidad dental válida.
- Servicios o suministros que no cumplen los estándares aceptados de la práctica dental.
- Servicios o suministros de naturaleza experimental o investigativa, incluidos los servicios necesarios para tratar las complicaciones derivadas de procedimientos experimentales o investigativos.
- Servicios o suministros cubiertos bajo un programa hospitalario, quirúrgico/médico (incluido Medicare Advantage) o de medicamentos con receta.
- Aparatos, restauraciones o servicios para el diagnóstico o tratamiento de alteraciones o disfunción de la articulación temporomandibular (TMJ).
- Aparatos, procedimientos quirúrgicos y restauraciones (empastes de amalgama o resina compuesta, coronas, puentes, incrustaciones cuspídeas parciales o intercuspídeas) para aumentar la dimensión vertical; para alterar, restaurar o mantener la oclusión; para reemplazar la pérdida de la estructura dental resultante del desgaste, abrasión, afracción o erosión; o para la férula periodontal.
- Servicios o suministros no enumerados en la tabla anterior.

Fecha de finalización del tratamiento

La fecha de finalización del tratamiento se define como la fecha en la que se completa el tratamiento y puede facturarse. El tratamiento finaliza en las fechas de entrega de las dentaduras postizas completas y parciales removibles, la cementación final de las coronas y puentes y el llenado final de los conductos radiculares.

Autorización previa

Es necesario obtener una autorización previa antes del tratamiento para ciertos códigos y tratar cuestiones de elegibilidad y beneficios disponibles en el momento de la solicitud. Esto no es una garantía de pago. La aprobación del pago se basa en la elegibilidad del miembro en la fecha del servicio, la documentación del expediente dental y cualquier limitación de la política y los beneficios restantes disponibles en la fecha del servicio.