



Plan Family Dental HMO de Access Dental Plan Programa de beneficios

Este Programa de beneficios describe los beneficios que le corresponden a usted según el plan Access Dental Individual Plan, así como los copagos relacionados con cada procedimiento. Consulte la Sección de Descripción de beneficios, limitaciones y exclusiones a continuación para obtener una descripción detallada e información adicional sobre el funcionamiento de su Plan.

Los siguientes Copagos se aplican cuando los servicios los brinda su dentista de atención primaria asignado o un proveedor especialista contratado (con aprobación previa de Access Dental, al cual también se hace referencia como “el Plan”). Si su dentista de atención primaria le recomienda los servicios de un especialista, el plan de tratamiento debe ser autorizado previamente por escrito por Access Dental antes del tratamiento para que los servicios sean elegibles para la cobertura.

Los beneficios que se muestran a continuación los proporciona el dentista de atención primaria asignado, según los considere adecuados, sujeto a las limitaciones y exclusiones del programa. Usted debe hablar sobre todas las opciones de tratamiento con su Dentista de Atención Primaria, antes de que se presten los servicios.

Los servicios especializados requieren autorización previa del Plan. Su Dentista de Atención Primaria debe presentar una referencia al Plan para su aprobación.

Categoría de procedimiento	SOLO-niños* Rango del copago	Solo-adultos** Rango del copago
Diagnóstico y prevención Examen bucal, limpieza preventiva, aplicación de fluoruro tópico, selladores por diente, preventivos: radiografías y separadores; fijos	\$0	\$0
Servicios básicos Procedimientos restaurativos, servicios de mantenimiento periodontal, periodoncia para adultos (que no sea de mantenimiento) endodoncia para adultos (planes odontológicos grupales únicamente)	\$0 a \$25	\$0 a \$25
Servicios principales Coronas y moldes, prostodoncia, endodoncia, periodoncia (que no sea de mantenimiento) y cirugía bucal	\$0 a \$350	\$0 a \$400
Ortodoncia (Solo para ortodoncia previamente autorizada necesaria desde el punto de vista médico)	\$0 a \$350	N/D
Deducible individual (No se aplica al diagnóstico y prevención)	\$0	N/D
Deducible familiar (No se aplica al diagnóstico y prevención)	\$0	N/D
Máximo en efectivo (Out of Pocket, OOP) (por persona)	\$350	N/D
Máximo en efectivo (OOP) (2 o más hijos)	\$700	N/D
Máximo anual	Ninguno	N/D
Máximo ortodoncia de por vida	Ninguno	N/D
Visita al consultorio (por persona)	\$0	\$0
Periodo de espera	Ninguno	N/D

* Este plan está disponible para personas de hasta 19 años.

**Este plan está disponible para personas a partir de los 19 años.

		Beneficios de salud esenciales de odontología pediátrica	Odontología de adultos
Código de la American Dental Association	Descripción del código de la American Dental Association	Costo compartido del miembro dentro de la red	Costo compartido del miembro dentro de la red
(D0100-D999)	Diagnóstico		
D0120	Evaluación odontológica periódica: paciente ya establecido	Sin cargo	Sin cargo
D0140	Evaluación odontológica limitada: centrada en el problema	Sin cargo	Sin cargo
D0145	Evaluación bucal para un paciente menor de tres años de edad y asesoramiento con cuidador principal	Sin cargo	Sin cobertura
D0150	Evaluación odontológica integral: paciente nuevo o establecido	Sin cargo	Sin cargo
D0160	Evaluación bucal detallada y exhaustiva: centrada en el problema, por informe	Sin cargo	Sin cargo
D0170	Reevaluación: limitada, centrada en el problema (paciente ya establecido, no visita posoperatoria)	Sin cargo	Sin cargo
D0180	Evaluación periodontal integral: paciente nuevo o establecido	Sin cargo	Sin cargo
D0190	Selección de pacientes	Sin cobertura	Sin cargo
D0191	Evaluación de pacientes	Sin cobertura	Sin cargo
D0210	Intrabucal: serie completa de imágenes radiográficas	Sin cargo	Sin cargo
D0220	Intrabucal: primera imagen radiográfica periapical	Sin cargo	Sin cargo
D0230	Intrabucal: cada imagen radiográfica adicional periapical	Sin cargo	Sin cargo
D0240	Intrabucal: imagen radiográfica oclusal	Sin cargo	Sin cargo
D0250	Extrabucal: primera imagen radiográfica	Sin cargo	Sin cargo
D0270	Aleta de mordida: una imagen radiográfica	Sin cargo	Sin cargo
D0272	Aletas de mordida: dos imágenes radiográficas	Sin cargo	Sin cargo
D0273	Aletas de mordida: tres imágenes radiográficas	Sin cargo	Sin cargo
D0274	Aletas de mordida: cuatro imágenes radiográficas	Sin cargo	Sin cargo
D0277	Aletas de mordida verticales: de 7 a 8 imágenes radiográficas	Sin cargo	Sin cargo
D0290	Posterior: imagen radiográfica de análisis de hueso facial y craneal lateral o anterior	Sin cargo	Sin cobertura
D0310	Sialografía	Sin cargo	Sin cobertura
D0320	Artrografía de articulación temporomandibular, incluida la inyección	Sin cargo	Sin cobertura
D0322	Análisis tomográfico	Sin cargo	Sin cobertura
D0330	Radiografía panorámica	Sin cargo	Sin cargo
D0340	Imagen radiográfica cefalométrica	Sin cargo	Sin cobertura
D0350	Imágenes fotográficas faciales/bucales	Sin cargo	Sin cobertura
D0431	Prueba prediagnóstica complementaria para la detección de anomalías de la mucosa, incluidas las lesiones malignas y premalignas, sin incluir procedimientos de citología o biopsia	Sin cobertura	Sin cargo
D0460	Pruebas de vitalidad de la pulpa dental	Sin cargo	Sin cargo
D0470	Moldes de diagnóstico	Sin cargo	Sin cargo
D0502	Otros procedimientos de patología bucal, por informe	Sin cargo	Sin cobertura
D0601	Evaluación y documentación de riesgo de caries, con un resultado de bajo riesgo	Sin cargo	Sin cobertura
D0602	Evaluación y documentación de riesgo de caries, con un resultado de riesgo moderado	Sin cargo	Sin cobertura
D0603	Evaluación y documentación de riesgo de caries, con un resultado de alto riesgo	Sin cargo	Sin cobertura
D0999	Procedimiento de diagnóstico no especificado, por informe	Sin cargo	Sin cobertura
(D1000-D1999)	Prevención		
D1110	Profilaxis: adulto	Sin cargo	Sin cargo

D1120	Profilaxis: niño	Sin cargo	Sin cobertura
D1206	Aplicación tópica de esmalte de fluoruro: niños de 0 a 5 años	Sin cargo	Sin cobertura
D1208	Aplicación tópica de esmalte de fluoruro: niños de 6 a 20 años	Sin cargo	Sin cobertura
D1310	Asesoramiento nutricional para el control de las enfermedades odontológicas	Sin cargo	Sin cobertura
D1320	Asesoramiento sobre el consumo de tabaco para el control y la prevención de enfermedades bucales	Sin cargo	Sin cobertura
D1330	Instrucciones de higiene bucal	Sin cargo	Sin cargo
D1351	Sellador: por diente	Sin cargo	Sin cobertura
D1352	Restauración de resina preventiva para pacientes con riesgo de caries moderado a alto: diente permanente	Sin cargo	Sin cobertura
D1510	Separador: fijo, unilateral	Sin cargo	Sin cobertura
D1515	Separador: fijo, bilateral	Sin cargo	Sin cobertura
D1520	Separador: extraíble, unilateral	Sin cargo	Sin cobertura
D1525	Separador: extraíble, bilateral	Sin cargo	Sin cobertura
D1550	Recementación de separador	Sin cargo	Sin cobertura
D1555	Extracción del separador fijo	Sin cargo	Sin cobertura
(D2000-D2999)	Restauración		
D2140	Amalgama: una superficie, primaria o permanente	\$25	\$25
D2150	Amalgama: dos superficies, primarias o permanentes	\$30	\$30
D2160	Amalgama: tres superficies, primarias o permanentes	\$40	\$40
D2161	Amalgama: cuatro o más superficies, primarias o permanentes	\$45	\$45
D2330	Compuesto a base de resina: una superficie, anterior	\$30	\$30
D2331	Compuesto a base de resina: dos superficies, anteriores	\$45	\$45
D2332	Compuesto a base de resina: tres superficies, anteriores	\$55	\$55
D2335	Compuesto a base de resina: cuatro o más superficies, o aquellas que implican ángulo incisal (anterior)	\$60	\$60
D2390	Corona de compuesto a base de resina, anterior	\$50	\$50
D2391	Compuesto a base de resina: una superficie, posterior	\$30	\$30
D2392	Compuesto a base de resina: dos superficies, posteriores	\$40	\$40
D2393	Compuesto a base de resina: tres superficies, posteriores	\$50	\$50
D2394	Compuesto a base de resina: cuatro superficies o más, posteriores	\$70	\$70
D2542	Recubrimiento metálico: dos superficies	Sin cobertura	\$185
D2543	Recubrimiento metálico: tres superficies	Sin cobertura	\$200
D2544	Recubrimiento metálico: cuatro o más superficies	Sin cobertura	\$215
D2642	Recubrimiento de porcelana o cerámica: dos superficies	Sin cobertura	\$250
D2643	Recubrimiento de porcelana o cerámica: tres superficies	Sin cobertura	\$275
D2644	Recubrimiento de porcelana o cerámica: cuatro o más superficies	Sin cobertura	\$300
D2662	Recubrimiento – compuesto con base de resina – dos superficies	Sin cobertura	\$160
D2663	Recubrimiento – compuesto con base de resina – tres superficies	Sin cobertura	\$180
D2664	Recubrimiento – compuesto con base de resina – cuatro o más superficies	Sin cobertura	\$200
D2710	Corona: compuesto a base de resina (indirecto)	\$140	\$140
D2712	Corona: 3/4 de compuesto con base de resina (indirecto)	\$190	Sin cobertura
D2720	Corona: resina con metal altamente noble	Sin cobertura	\$300
D2721	Corona: resina con metal básico predominante	\$300	\$300
D2722	Corona: resina con metal noble	Sin cobertura	\$300
D2740	Corona: sustrato de porcelana o cerámica	\$300	\$300
D2750	Corona: porcelana fundida con metal altamente noble	Sin cobertura	\$300
D2751	Corona: porcelana fundida con metal básico predominante	\$300	\$300
D2752	Corona: porcelana fundida con metal noble	Sin cobertura	\$300
D2780	Corona: 3/4 de metal altamente noble fundido	Sin cobertura	\$300
D2781	Corona: 3/4 de metal básico predominante fundido	\$300	\$300
D2782	Corona: 3/4 de metal noble fundido	Sin cobertura	\$300

D2783	Corona: ¾ de porcelana o cerámica	\$310	Sin cobertura
D2790	Corona: metal altamente noble fundido en su totalidad	Sin cobertura	\$300
D2791	Corona: metal básico predominante fundido en su totalidad	\$300	\$300
D2792	Corona: metal noble fundido en su totalidad	Sin cobertura	\$300
D2910	Recementado de incrustaciones, recubrimientos o restauración de cobertura parcial	\$25	\$25
D2915	Recementado de poste y muñón prefabricados o fundidos	\$25	\$25
D2920	Recementado de corona	\$25	\$15
D2929	Corona de porcelana o cerámica prefabricada: diente primario	\$95	Sin cobertura
D2930	Corona de acero inoxidable prefabricada: diente primario	\$65	Sin cobertura
D2931	Corona de acero inoxidable prefabricada: diente permanente	\$75	\$75
D2932	Corona prefabricada de resina	\$75	Sin cobertura
D2933	Corona de acero inoxidable prefabricada con carilla de resina	\$80	Sin cobertura
D2940	Restauración protectora	\$25	\$20
D2950	Reconstrucción de muñón, implica cualquier perno	\$20	\$20
D2951	Retención con perno: por diente, además de la restauración	\$25	\$20
D2952	Poste y muñón además de la corona, fabricados indirectamente	\$100	\$60
D2953	Cada poste adicional fabricado indirectamente, mismo diente	\$30	\$30
D2954	Poste y muñón prefabricados, además de la corona	\$90	\$60
D2955	Extracción de poste	\$60	Sin cobertura
D2957	Cada poste adicional prefabricado: mismo diente	\$35	\$35
D2971	Procedimientos adicionales para construir una nueva corona bajo una estructura de prótesis dental parcial existente	\$35	Sin cobertura
D2980	Reparación de coronas, por informe	\$50	\$50
D2999	Procedimiento de restauración no especificado, por informe	\$40	Sin cobertura
(D3000-D3999)	Endodoncia		
D3110	Recubrimiento pulpar: directo (no se incluye la restauración final)	\$20	\$20
D3120	Recubrimiento pulpar: indirecto (no se incluye la restauración final)	\$25	\$25
D3220	Pulpotomía terapéutica (no se incluye la restauración final): extracción de pulpa de la corona en la unión dentinocemental y aplicación de medicamento	\$40	\$35
D3221	Desbridamiento pulpar, dientes primarios y permanentes	\$40	Sin cobertura
D3222	Pulpotomía parcial para apexogénesis: dientes permanentes con desarrollo de raíz incompleto	\$60	Sin cobertura
D3230	Terapia pulpar (empaste reabsorbible): anterior, diente primario (no se incluye la restauración final)	\$55	Sin cobertura
D3240	Terapia pulpar (empaste reabsorbible): posterior, diente primario (no se incluye la restauración final)	\$55	Sin cobertura
D3310	Terapia en el conducto radicular, anterior (no se incluye la restauración final)	\$195	\$200
D3320	Terapia en el conducto radicular, diente bicúspide (no se incluye la restauración final)	\$235	\$235
D3330	Terapia en el conducto radicular, molar (no se incluye la restauración final)	\$300	\$300
D3331	Tratamiento de obstrucción del conducto radicular; acceso sin cirugía	\$50	\$50
D3332	Terapia endodóntica incompleta; diente inoperable, no restaurable o fracturado	\$45	\$85
D3333	Reparación interna de defectos de perforaciones radiculares	\$80	Sin cobertura
D3346	Segundo tratamiento de una terapia previa en el conducto radicular: anterior	\$240	\$245
D3347	Segundo tratamiento de una terapia previa en el conducto radicular: bicúspide	\$295	\$295
D3348	Segundo tratamiento de una terapia previa en el conducto radicular: molar	\$365	\$365

D3351	Apexificación o recalcificación: visita inicial	\$85	Sin cobertura
D3352	Apexificación o recalcificación: provisional	\$45	Sin cobertura
D3353	Apexificación o recalcificación: visita final	Sin cobertura	Sin cobertura
D3410	Apicectomía o cirugía perirradicular: anterior	\$240	\$240
D3421	Apicectomía o cirugía perirradicular: bicúspide (primera raíz)	\$250	\$250
D3425	Apicectomía o cirugía perirradicular: molar (primera raíz)	\$275	\$275
D3426	Apicectomía o cirugía perirradicular: molar (cada raíz adicional)	\$110	\$110
D3430	Empaste retrógrado: por raíz	\$90	\$90
D3450	Amputación radicular: por raíz	Sin cobertura	\$110
D3910	Procedimiento quirúrgico para aislamiento de diente con dique de goma	\$30	Sin cobertura
D3920	Hemisección (incluye extracción radicular; no incluye terapia en el conducto radicular)	Sin cobertura	\$120
D3950	Preparación del conducto y colocación de poste o espiga prefabricados	Sin cobertura	\$60
D3999	Procedimiento de endodoncia no especificado, por informe	\$100	Sin cobertura
(D4000-D4999)	Periodoncia		
D4210	Gingivectomía o gingivoplastía, por cuadrante: cuatro o más dientes continuos o espacios de los dientes unidos	\$150	\$150
D4211	Gingivectomía o gingivoplastía: uno a tres dientes continuos o espacios de los dientes unidos	\$50	\$50
D4240	Procedimiento de colgajo gingival, incluida la planeación radicular: cuatro o más dientes por cuadrante	Sin cobertura	\$135
D4241	Procedimiento de colgajo gingival, incluida la planeación radicular: uno a tres dientes por cuadrante	Sin cobertura	\$70
D4249	Alargamiento de la corona clínica: tejido duro	\$165	Sin cobertura
D4260	Cirugía ósea o mucogingival, por cuadrante	\$265	\$265
D4261	Cirugía ósea (incluida la entrada y el cierre del colgajo): uno a tres dientes continuos o espacios de los dientes unidos por cuadrante	\$140	\$140
D4263	Injerto de reemplazo óseo, primer sitio en cuadrante	Sin cobertura	\$105
D4264	Injerto de reemplazo óseo, cada sitio adicional en cuadrante	Sin cobertura	\$75
D4265	Materiales biológicos para ayudar en la regeneración de tejido óseo o blando	\$80	No están cubiertos
D4266	Regeneración guiada de tejidos, barrera reabsorbible, por sitio	Sin cobertura	\$145
D4267	Regeneración guiada de tejidos, barrera no reabsorbible, por sitio (incluye extracción de membrana)	Sin cobertura	\$175
D4270	Procedimiento de injerto de tejido blando pediculado	Sin cobertura	\$155
D4273	Procedimiento de injerto de tejidos conjuntivos subepiteliales: por diente	Sin cobertura	\$220
D4341	Limpieza de sarro periodontal y planeación radicular: cuatro o más dientes por cuadrante	\$55	\$55
D4342	Limpieza de sarro periodontal y planeación radicular: uno a tres dientes por cuadrante	\$30	\$25
D4355	Desbridamiento de la boca completa para permitir la evaluación integral y el diagnóstico	\$40	\$40
D4381	Administración localizada de agentes antibióticos por medio de liberación controlada en el tejido crevicular enfermo: por diente	\$10	Sin cobertura
D4910	Mantenimiento periodontal	\$30	\$30
D4920	Cambio de apósitos sin programar (por una persona que no sea el dentista que lo atiende)	\$15	Sin cobertura
D4999	Procedimiento periodontal no especificado, por informe	\$350	Sin cobertura
(D5000-D5899)	Prostodoncia extraíble		
D5110	Prótesis dental completa: maxilar	\$300	\$400
D5120	Prótesis dental completa: mandibular	\$300	\$400
D5130	Prótesis dental inmediata: maxilar	\$300	\$400
D5140	Prótesis dental inmediata: mandibular	\$300	\$400

D5211	Prótesis dental parcial maxilar: base de resina (incluido cualquier gancho, soporte y diente convencionales)	\$300	\$325
D5212	Prótesis dental parcial mandibular: base de resina (incluido cualquier gancho, soporte y diente convencionales)	\$300	\$325
D5213	Prótesis dental parcial maxilar: estructura de metal fundido con bases de prótesis dental de resina (incluido cualquier gancho, soporte y diente convencionales)	\$335	\$375
D5214	Prótesis dental parcial mandibular: estructura de metal fundido con bases de prótesis dental de resina (incluido cualquier gancho, soporte y diente convencionales)	\$335	\$375
D5225	Prótesis dental parcial maxilar: base flexible (incluido cualquier gancho, soporte y diente)	Sin cobertura	\$375
D5226	Prótesis dental parcial mandibular: base flexible (incluido cualquier gancho, soporte y diente)	Sin cobertura	\$375
D5281	Prótesis dental unilateral extraíble parcial: una pieza de metal fundido (incluidos ganchos y dientes)	Sin cobertura	\$250
D5410	Ajuste de prótesis dental completa: maxilar	\$20	\$20
D5411	Ajuste de prótesis dental completa: mandibular	\$20	\$20
D5421	Ajuste de prótesis dental parcial: maxilar	\$20	\$20
D5422	Ajuste de prótesis dental parcial: mandibular	\$20	\$20
D5510	Reparación de base de prótesis dental completa partida	\$40	\$30
D5520	Reemplazo de dientes faltantes o rotos: prótesis dental completa (cada diente)	\$40	\$30
D5610	Reparación de base de prótesis dental de resina	\$40	\$30
D5620	Reparación de estructura fundida	\$40	\$35
D5630	Reparación o reemplazo de gancho roto	\$50	\$30
D5640	Reemplazo de diente roto: por diente	\$35	\$30
D5650	Inserción de diente en prótesis dental parcial existente	\$35	\$35
D5660	Inserción de gancho en prótesis dental parcial existente	\$60	\$45
D5670	Reemplazo de todos los dientes y acrílico en la estructura de metal fundido (maxilar)	Sin cobertura	\$195
D5671	Reemplazo de todos los dientes y acrílico en la estructura de metal fundido (mandibular)	Sin cobertura	\$195
D5710	Reajuste de prótesis dental maxilar completa	Sin cobertura	\$155
D5711	Reajuste de prótesis dental mandibular completa	Sin cobertura	\$155
D5720	Reajuste de prótesis dental parcial maxilar	Sin cobertura	\$150
D5721	Reajuste de prótesis dental parcial mandibular	Sin cobertura	\$150
D5730	Realineado de prótesis dental maxilar completa (en consultorio)	\$60	\$80
D5731	Realineado de prótesis dental mandibular completa (en consultorio)	\$60	\$80
D5740	Realineado de prótesis dental parcial maxilar (en consultorio)	\$60	\$75
D5741	Realineado de prótesis dental parcial mandibular (en consultorio)	\$60	\$75
D5750	Realineado de prótesis dental maxilar completa (en laboratorio)	\$90	\$120
D5751	Realineado de prótesis dental mandibular completa (en laboratorio)	\$90	\$120
D5760	Realineado de prótesis dental parcial maxilar (en laboratorio)	\$80	\$110
D5761	Realineado de prótesis dental parcial mandibular (en laboratorio)	\$80	\$110
D5850	Acondicionamiento de los tejidos: maxilar	\$30	\$35
D5851	Acondicionamiento de los tejidos: mandibular	\$30	\$35
D5862	Sujetador de precisión, por informe	\$90	Sin cobertura
D5863	Sobredentadura: maxilar completa	\$300	Sin cobertura
D5865	Sobredentadura: mandibular completa	\$300	Sin cobertura
D5899	Procedimiento de prostodoncia extraíble no especificado, por informe	\$350	Sin cobertura
D5911	Molde facial (seccional)	\$285	Sin cobertura
D5912	Molde facial (completo)	\$350	Sin cobertura
D5913	Prótesis nasal	\$350	Sin cobertura
D5914	Prótesis auricular	\$350	Sin cobertura

D5915	Prótesis orbital	\$350	Sin cobertura
D5916	Prótesis ocular	\$350	Sin cobertura
D5919	Prótesis facial	\$350	Sin cobertura
D5922	Prótesis de septo nasal	\$350	Sin cobertura
D5923	Prótesis ocular: provisoria	\$350	Sin cobertura
D5924	Prótesis craneal	\$350	Sin cobertura
D5925	Prótesis de implante de aumento facial	\$200	Sin cobertura
D5926	Prótesis nasal: reemplazo	\$200	Sin cobertura
D5927	Prótesis auricular: reemplazo	\$200	Sin cobertura
D5928	Prótesis orbital: reemplazo	\$200	Sin cobertura
D5929	Prótesis facial: reemplazo	\$200	Sin cobertura
D5931	Prótesis obturadora: quirúrgica	\$350	Sin cobertura
D5932	Prótesis obturadora: definitiva	\$350	Sin cobertura
D5933	Prótesis obturadora: modificación	\$150	Sin cobertura
D5934	Prótesis de resección mandibular con reborde guía	\$350	Sin cobertura
D5935	Prótesis de resección mandibular sin reborde guía	\$350	Sin cobertura
D5936	Prótesis obturadora: provisoria	\$350	Sin cobertura
D5937	Aparato para trismo (no para tratamiento de TMD)	\$85	Sin cobertura
D5951	Soporte de alimentación	\$135	Sin cobertura
D5952	Prótesis de soporte del habla: pediátrica	\$350	Sin cobertura
D5953	Prótesis de soporte del habla: para adultos	\$350	Sin cobertura
D5954	Prótesis de aumento de paladar	\$135	Sin cobertura
D5955	Prótesis elevadora del velo del paladar: definitiva	\$350	Sin cobertura
D5958	Prótesis elevadora del velo del paladar: provisoria	\$350	Sin cobertura
D5959	Prótesis elevadora del velo del paladar: modificación	\$145	Sin cobertura
D5960	Prótesis de soporte del habla: modificación	\$145	Sin cobertura
D5982	Stent quirúrgico	\$70	Sin cobertura
D5983	Suministro de radiación	\$55	Sin cobertura
D5984	Bloqueo de radiación	\$85	Sin cobertura
D5985	Localizador del cono de radiación	\$135	Sin cobertura
D5986	Suministro de gel con fluoruro	\$35	Sin cobertura
D5987	Entablillado de comisura	\$85	Sin cobertura
D5988	Entablillado quirúrgico	\$95	Sin cobertura
D5991	Suministro de medicamento tópico	\$70	Sin cobertura
D5999	Prótesis maxilofacial no especificada, por informe	\$350	Sin cobertura
(D6000-D6199)	Servicios de implantes		
D6010	Colocación quirúrgica de cuerpo de implante: implante endóstico	\$350	Sin cobertura
D6040	Colocación quirúrgica: implante subperióstico	\$350	Sin cobertura
D6050	Colocación quirúrgica: implante transóseo	\$350	Sin cobertura
D6055	Barra de conexión: apoyada en implante o soporte	\$350	Sin cobertura
D6056	Soporte prefabricado: incluye modificación y colocación	\$135	Sin cobertura
D6057	Soporte fabricado a medida: incluye colocación	\$180	Sin cobertura
D6058	Corona de porcelana o cerámica apoyada en un soporte	\$320	Sin cobertura
D6059	Corona de porcelana apoyada en un soporte, fundida con metal (metal altamente noble)	\$315	Sin cobertura
D6060	Corona de porcelana apoyada en un soporte, fundida con metal (metal básico predominante)	\$295	Sin cobertura
D6061	Corona de porcelana apoyada en un soporte, fundida con metal (metal noble)	\$300	Sin cobertura
D6062	Corona apoyada en un soporte, de metal fundido (metal altamente noble)	\$315	Sin cobertura
D6063	Corona apoyada en un soporte, de metal fundido (metal básico predominante)	\$300	Sin cobertura
D6064	Corona apoyada en un soporte, de metal fundido (metal noble)	\$315	Sin cobertura
D6065	Corona de porcelana o cerámica apoyada en un implante	\$340	Sin cobertura

D6066	Corona de porcelana apoyada en un implante, fundida con metal (titanio, aleación de titanio, metal altamente noble)	\$335	Sin cobertura
D6067	Corona de metal, apoyada en un implante (titanio, aleación de titanio, metal altamente noble)	\$340	Sin cobertura
D6068	Retenedor apoyado en un soporte para prótesis dental parcial fija (fixed partial denture, FPD) de cerámica o porcelana	\$320	Sin cobertura
D6069	Retenedor apoyado en un soporte para FPD de porcelana, fundida con metal (metal altamente noble)	\$315	Sin cobertura
D6070	Retenedor apoyado en un soporte para FPD de porcelana, fundida con metal (metal básico predominante)	\$290	Sin cobertura
D6071	Retenedor apoyado en un soporte para FPD de porcelana, fundida con metal (metal noble)	\$300	Sin cobertura
D6072	Retenedor apoyado en un soporte para FPD de metal fundido (metal altamente noble)	\$315	Sin cobertura
D6073	Retenedor apoyado en un soporte para FPD de metal fundido (metal básico predominante)	\$290	Sin cobertura
D6074	Retenedor apoyado en un soporte para FPD de metal fundido (metal noble)	\$320	Sin cobertura
D6075	Retenedor apoyado en un implante para FPD de cerámica	\$335	Sin cobertura
D6076	Retenedor apoyado en un implante para FPD de porcelana, fundida con metal (titanio, aleación de titanio o metal altamente noble)	\$330	Sin cobertura
D6077	Retenedor apoyado en un implante para FPD de metal fundido (titanio, aleación de titanio o metal altamente noble)	\$350	Sin cobertura
D6080	Procedimientos de mantenimiento de implante, incluidos extracción de prótesis, limpieza de prótesis y soportes y inserción de prótesis	\$30	Sin cobertura
D6090	Reparación de prótesis apoyada en un implante, por informe	\$65	Sin cobertura
D6091	Reemplazo de sujetador de precisión o semiprecisión (componente macho o hembra) de prótesis apoyada en un implante o soporte, por sujetador	\$40	Sin cobertura
D6092	Recementación de corona apoyada en un implante o soporte	\$25	Sin cobertura
D6093	Recementación de prótesis dental parcial fija apoyada en un implante o soporte	\$35	Sin cobertura
D6094	Corona apoyada en un soporte (titanio)	\$295	Sin cobertura
D6095	Reparación de implante o soporte, por informe	\$65	Sin cobertura
D6100	Extracción de un implante, por informe	\$110	Sin cobertura
D6110	Prótesis dental extraíble apoyada en un implante o soporte para arco desdentado: maxilar	\$350	Sin cobertura
D6111	Prótesis dental extraíble apoyada en un implante o soporte para arco desdentado: mandibular	\$350	Sin cobertura
D6112	Prótesis dental extraíble apoyada en un implante o soporte para arco parcialmente desdentado: maxilar	\$350	Sin cobertura
D6113	Prótesis dental extraíble apoyada en un implante o soporte para arco parcialmente desdentado: mandibular	\$350	Sin cobertura
D6114	Prótesis dental fija apoyada en un implante o soporte para arco desdentado: maxilar	\$350	Sin cobertura
D6115	Prótesis dental fija apoyada en un implante o soporte para arco desdentado: mandibular	\$350	Sin cobertura
D6116	Prótesis dental fija apoyada en un implante o soporte para arco parcialmente desdentado: maxilar	\$350	Sin cobertura
D6117	Prótesis dental fija apoyada en un implante o soporte para arco parcialmente desdentado: mandibular	\$350	Sin cobertura
D6190	Índice de implante quirúrgico o radiográfico, por informe	\$75	Sin cobertura
D6194	Corona retenedora apoyada en un soporte para FPD (titanio)	\$265	Sin cobertura
D6199	Procedimiento de implante no especificado, por informe	\$350	Sin cobertura
D6205	Diente artificial: compuesto a base de resina indirecto	Sin cobertura	\$165

D6210	Diente artificial: metal altamente noble fundido	Sin cobertura	\$300
D6211	Diente artificial: metal básico predominante fundido	\$300	\$300
D6212	Diente artificial: metal noble fundido	Sin cobertura	\$300
D6214	Diente artificial: metal fundido, titanio	Sin cobertura	\$300
D6240	Diente artificial: porcelana fundida con metal altamente noble	Sin cobertura	\$300
D6241	Diente artificial: porcelana fundida con metal básico predominante	\$300	\$300
D6242	Diente artificial: porcelana fundida con metal noble	Sin cobertura	\$300
D6245	Diente artificial: porcelana o cerámica	\$300	\$300
D6250	Diente artificial: resina con metal altamente noble	Sin cobertura	\$300
D6251	Diente artificial: resina con metal básico predominante	\$300	\$300
D6252	Diente artificial: resina con metal noble	Sin cobertura	\$300
D6545	Retenedor: metal fundido para prótesis fija unificada de resina	Sin cobertura	\$130
D6548	Retenedor: porcelana/cerámica para prótesis fija unificada de resina	Sin cobertura	\$145
D6608	Recubrimiento de porcelana/cerámica: dos superficies	Sin cobertura	\$200
D6609	Recubrimiento: porcelana/cerámica, tres o más superficies	Sin cobertura	\$200
D6610	Recubrimiento: metal altamente noble fundido, dos superficies	Sin cobertura	\$200
D6611	Recubrimiento: metal altamente noble fundido, tres o más superficies	Sin cobertura	\$200
D6612	Recubrimiento: con metal básico predominante fundido, dos superficies	Sin cobertura	\$200
D6613	Recubrimiento: con metal básico predominante fundido, tres o más superficies	Sin cobertura	\$200
D6614	Recubrimiento: metal noble fundido, dos superficies	Sin cobertura	\$200
D6615	Recubrimiento: metal noble fundido, tres o más superficies	Sin cobertura	\$200
D6634	Recubrimiento: titanio	Sin cobertura	\$200
D6710	Corona – compuesto indirecto a base de resina	Sin cobertura	\$200
D6720	Corona: resina con metal altamente noble	Sin cobertura	\$300
D6721	Corona: resina con metal básico predominante	\$300	\$300
D6722	Corona: resina con metal noble	Sin cobertura	\$300
D6740	Corona: porcelana/cerámica	\$300	\$300
D6751	Corona: porcelana fundida con metal básico predominante	\$300	\$300
D6781	Corona: 3/4 de metal básico predominante fundido	\$300	\$300
D6782	Corona: 3/4 de metal noble fundido	Sin cobertura	\$300
D6783	Corona: 3/4 de porcelana/cerámica	\$300	\$300
D6791	Corona: metal básico predominante fundido en su totalidad	\$300	\$300
D6930	Recementado o reunificación de prótesis dental parcial fija	\$40	\$40
D6980	Reparación de prótesis dental parcial fija, necesaria por falla del material de restauración	\$95	\$95
D6999	Procedimiento de prostodoncia fija no especificado, por informe	\$350	Sin cobertura
(D7000-D7999)	Cirugía bucal y maxilofacial		
D7111	Extracción, restos coronales: diente deciduo	\$40	\$40
D7140	Extracción: diente brotado o raíz expuesta	\$65	\$65
D7210	Extracción quirúrgica del diente brotado que requiere elevación del colgajo mucoperiosteal y extracción del hueso y/o sección del diente	\$120	\$115
D7220	Extracción de diente impactado: tejido blando	\$95	\$85
D7230	Extracción de diente impactado: parcialmente óseo	\$145	\$145
D7240	Extracción de diente impactado: completamente óseo	\$160	\$160
D7241	Extracción de diente impactado: completamente óseo, con complicaciones quirúrgicas no habituales	\$175	\$175
D7250	Extracción quirúrgica de raíces de dientes residuales (procedimiento de corte)	\$80	\$75
D7260	Cierre de la fístula oroantral	\$280	\$280
D7261	Cierre principal de una perforación sinusal	\$285	Sin cobertura
D7270	Reimplante o estabilización de un diente	\$185	Sin cobertura
D7280	Acceso quirúrgico de un diente no brotado	\$220	Sin cobertura

D7283	Colocación del dispositivo para facilitar el brote del diente impactado	\$85	Sin cobertura
D7285	Biopsia del tejido bucal: duro (hueso, diente)	\$180	Sin cobertura
D7286	Biopsia de tejido bucal: blando	\$110	\$110
D7287	Recolección de muestra citológica exfoliativa	Sin cobertura	\$35
D7288	Biopsia con cepillo: recopilación de muestras transepiteliales	Sin cobertura	\$35
D7290	Reposicionamiento quirúrgico de dientes	\$185	Sin cobertura
D7291	Fibrotomía transeptal/supracrestal, por informe	\$80	Sin cobertura
D7310	Alveoloplastia junto con extracciones: por cuadrante	\$85	\$85
D7311	Alveoloplastia en conjunto con extracciones: de uno a tres dientes o espacios de los dientes, por	\$50	\$50
D7320	Alveoloplastia no en conjunto con extracciones: cuatro o más dientes o espacios de los dientes, por cuadrante	\$120	\$120
D7321	Alveoloplastia no en conjunto con extracciones: de uno a tres dientes o espacios de los dientes, por cuadrante	\$65	\$65
D7340	Vestibuloplastia: extensión de borde alveolar (epitelización secundaria)	\$350	Sin cobertura
D7350	Vestibuloplastia: extensión del borde alveolar (incluidos injertos de tejido blando, recolocación de músculo, revisión de colocación del tejido blando y control del tejido con hipertrofia e hiperplasia)	\$350	Sin cobertura
D7410	Escisión de lesión benigna hasta 1.25 cm	\$75	Sin cobertura
D7411	Escisión de lesión benigna mayor de 1.25 cm	\$115	Sin cobertura
D7412	Escisión de lesión benigna, complicada	\$175	Sin cobertura
D7413	Escisión de lesión maligna hasta 1.25 cm	\$95	Sin cobertura
D7414	Escisión de lesión maligna mayor de 1.25 cm	\$120	Sin cobertura
D7415	Escisión de lesión maligna, complicada	\$255	Sin cobertura
D7440	Escisión de tumor maligno: diámetro de la lesión hasta 1.25 cm	\$105	Sin cobertura
D7441	Escisión de tumor maligno: diámetro de la lesión mayor de 1.25 cm	\$185	Sin cobertura
D7450	Extracción de quiste o tumor odontogénico benigno: diámetro de la lesión hasta 1.25 cm	\$180	Sin cobertura
D7451	Extracción de quiste o tumor odontogénico benigno: diámetro de la lesión mayor de 1.25 cm	\$330	Sin cobertura
D7460	Extracción de quiste o tumor no odontogénico benigno: diámetro de la lesión hasta 1.25 cm	\$155	Sin cobertura
D7461	Extracción de quiste o tumor no odontogénico benigno: diámetro de la lesión mayor de 1.25 cm	\$250	Sin cobertura
D7465	Destrucción de lesión por métodos físicos o químicos, por informe	\$40	Sin cobertura
D7471	Extracción de exostosis lateral (maxilar o mandibular)	\$140	\$140
D7472	Extracción de torus palatinus	\$145	\$140
D7473	Extracción de torus mandibularis	\$140	\$140
D7485	Reducción quirúrgica de tuberosidad ósea	\$105	Sin cobertura
D7490	Resección radical de maxilar o mandíbula	\$350	Sin cobertura
D7510	Incisión y drenaje de abscesos: tejido blando intrabucal	\$70	\$55
D7511	Incisión y drenaje de abscesos: tejido blando intrabucal, complicado	\$70	\$69
D7520	Incisión y drenaje de abscesos: tejido blando extrabucal	\$70	Sin cobertura
D7521	Incisión y drenaje de absceso: tejido blando extrabucal, complicado (se incluye el drenaje de múltiples espacios faciales)	\$80	Sin cobertura
D7530	Extracción de cuerpo extraño de mucosa, piel o tejido alveolar subcutáneo	\$45	Sin cobertura

D7540	Extracción de reacción que produce cuerpos extraños, sistema musculoesquelético	\$75	Sin cobertura
D7550	Secuestrectomía/ostectomía parcial para extracción de hueso no vital	\$125	\$125
D7560	Sinusotomía maxilar para la extracción de un fragmento de diente o cuerpo extraño.	\$235	Sin cobertura
D7610	Maxilar: reducción abierta (dientes inmovilizados, si están presentes)	\$140	Sin cobertura
D7620	Maxilar: reducción cerrada (dientes inmovilizados, si están presentes)	\$250	Sin cobertura
D7630	Mandíbula: reducción abierta (dientes inmovilizados, si están presentes)	\$350	Sin cobertura
D7640	Mandíbula: reducción cerrada (dientes inmovilizados, si están presentes)	\$350	Sin cobertura
D7650	Arco cigomático o malar: reducción abierta	\$350	Sin cobertura
D7660	Arco cigomático o malar: reducción cerrada	\$350	Sin cobertura
D7670	Alvéolo: reducción cerrada, puede incluir estabilización del diente	\$170	Sin cobertura
D7671	Alvéolo: reducción abierta, puede incluir estabilización del diente	\$230	Sin cobertura
D7680	Huesos faciales: reducción complicada con fijación y múltiples enfoques quirúrgicos	\$350	Sin cobertura
D7710	Maxilar: reducción abierta	\$110	Sin cobertura
D7720	Maxilar: reducción cerrada	\$180	Sin cobertura
D7730	Mandíbula: reducción abierta	\$350	Sin cobertura
D7740	Mandíbula: reducción cerrada	\$290	Sin cobertura
D7750	Arco cigomático o malar: reducción abierta	\$220	Sin cobertura
D7760	Arco cigomático o malar: reducción cerrada	\$350	Sin cobertura
D7770	Alvéolo: reducción abierta con estabilización del diente	\$135	Sin cobertura
D7771	Alvéolo: reducción cerrada con estabilización del diente	\$160	Sin cobertura
D7780	Huesos faciales: reducción complicada con fijación y múltiples enfoques quirúrgicos	\$350	Sin cobertura
D7810	Reducción abierta de dislocación	\$350	Sin cobertura
D7820	Reducción cerrada de dislocación	\$80	Sin cobertura
D7830	Manipulación bajo anestesia	\$85	Sin cobertura
D7840	Condilectomía	\$350	Sin cobertura
D7850	Discectomía quirúrgica, con o sin implante	\$350	Sin cobertura
D7852	Reparación de disco	\$350	Sin cobertura
D7854	Sinovectomía	\$350	Sin cobertura
D7856	Miotomía	\$350	Sin cobertura
D7858	Reconstrucción de articulación	\$350	Sin cobertura
D7860	Artrostomía	\$350	Sin cobertura
D7865	Artroplastia	\$350	Sin cobertura
D7870	Artrocentesis	\$90	Sin cobertura
D7871	Lisis y lavado no artroscópico	\$150	Sin cobertura
D7872	Artroscopia: diagnóstico, con o sin biopsia	\$350	Sin cobertura
D7873	Artroscopia: quirúrgica; lisis y lavado de adhesiones	\$350	Sin cobertura
D7874	Artroscopia: quirúrgica; reposicionamiento y estabilización de disco	\$350	Sin cobertura
D7875	Artroscopia: quirúrgica; sinovectomía	\$350	Sin cobertura
D7876	Artroscopia: quirúrgica; discectomía	\$350	Sin cobertura

D7877	Artroscopia: quirúrgica; desbridamiento	\$350	Sin cobertura
D7880	Dispositivo ortótico oclusal, por informe	\$120	Sin cobertura
D7899	Terapia de TMD no especificada, por informe	\$350	Sin cobertura
D7910	Sutura de heridas recientes pequeñas de hasta 5 cm	\$35	Sin cobertura
D7911	Sutura complicada: hasta 5 cm	\$55	Sin cobertura
D7912	Sutura complicada: mayor de 5 cm	\$130	Sin cobertura
D7920	Injerto de piel (identificar defecto cubierto, lugar y tipo de injerto)	\$120	Sin cobertura
D7940	Osteoplastia: para deformidades ortognáticas	\$160	Sin cobertura
D7941	Osteotomía: rama mandibular	\$350	Sin cobertura
D7943	Osteotomía: rama mandibular con injerto óseo; se incluye la obtención del injerto	\$350	Sin cobertura
D7944	Osteotomía: segmentada o subapical	\$275	Sin cobertura
D7945	Osteotomía: cuerpo de mandíbula	\$350	Sin cobertura
D7946	LeFort I (maxilar, total)	\$350	Sin cobertura
D7947	LeFort I (maxilar, segmentado)	\$350	Sin cobertura
D7948	LeFort II o LeFort III (osteoplastia de huesos faciales por hipoplasia o retrusión mediofacial): sin injerto óseo	\$350	Sin cobertura
D7949	LeFort II o LeFort III: con injerto óseo	\$350	Sin cobertura
D7950	Injerto óseo, óseo perióstico o de cartílago de la mandíbula o de los huesos faciales: autólogo o no, por informe	\$190	Sin cobertura
D7951	Aumento sinusal con hueso o sustitutos de hueso por medio de enfoque abierto lateral	\$290	Sin cobertura
D7952	Aumento sinusal con hueso o sustitutos de hueso por medio de enfoque vertical	\$175	Sin cobertura
D7955	Reparación de defectos del tejido duro o blando maxilofacial	\$200	Sin cobertura
D7960	Frenulectomía, también conocida como frenectomía o frenotomía, procedimiento por separado	\$120	\$120
D7963	Frenuloplastia	\$120	\$120
D7970	Escisión de tejido hiperplásico por arco	\$175	\$176
D7971	Escisión de encía pericoronar	\$80	\$80
D7972	Reducción quirúrgica de tuberosidad fibrosa	\$100	Sin cobertura
D7980	Sialolitotomía.	\$155	Sin cobertura
D7981	Escisión de la glándula salival, por informe	\$120	Sin cobertura
D7982	Sialodocoplastia.	\$215	Sin cobertura
D7983	Cierre de la fístula salival.	\$140	Sin cobertura
D7990	Traqueotomía de emergencia	\$350	Sin cobertura
D7991	Coronoidectomía	\$345	Sin cobertura
D7995	Injerto sintético: huesos faciales o mandibulares, por informe	\$150	Sin cobertura
D7997	Extracción de aparato (no por dentista que lo colocó), incluye extracción de la barra de arco	\$60	Sin cobertura
D7999	Procedimiento quirúrgico bucal no especificado, por informe	\$350	Sin cobertura
(D8000-D8999)	Ortodoncia		
D8080	Tratamiento de ortodoncia integral de la dentición de la adolescencia	\$350	Sin cobertura
D8210	Terapia con aparato extraíble		Sin cobertura

D8220	Terapia con aparato fijo		Sin cobertura
D8660	Visita previa al tratamiento de ortodoncia		Sin cobertura
D8670	Visita de tratamiento de ortodoncia periódica (como parte del contrato)		Sin cobertura
D8680	Retención de la ortodoncia (extracción de aparatos, construcción y reemplazo de retenedores)		Sin cobertura
D8691	Reparación de aparato de ortodoncia		Sin cobertura
D8692	Reemplazo de retenedor extraviado o roto		Sin cobertura
D8693	Recementado o reunión: o reparación, según sea necesario, de retenedores fijos		Sin cobertura
D8999	Procedimiento de ortodoncia no especificado, por informe		Sin cobertura
(D9000-D9999)	Servicios generales complementarios		
D9110	Tratamiento paliativo (de emergencia) para el dolor dental: procedimiento menor	\$30	\$28
D9120	Seccionamiento de prótesis dental parcial fija	\$95	\$95
D9210	Anestesia local no en conjunto con procedimientos quirúrgicos ambulatorios	\$10	\$10
D9211	Anestesia de bloqueo regional	\$20	\$20
D9212	Anestesia de bloqueo del nervio trigémino	\$60	\$60
D9215	Anestesia local en conjunto con procedimientos de operaciones o quirúrgicos	\$15	\$15
D9223	Anestesia general o sedación profunda: incremento cada 15 minutos	\$45	\$45
D9230	Analgesia, ansiólisis, inhalación de óxido nitroso	\$15	Sin cobertura
D9241	Sedación o analgesia consciente intravenosa: primeros 30 minutos	\$165	Sin cobertura
D9243	Sedación o analgesia consciente intravenosa: incremento cada 15 minutos	\$60	\$45
D9248	Sedación consciente no intravenosa	\$65	Sin cobertura
D9310	Consulta: (servicio diagnóstico proporcionado por un dentista o médico que no sea el dentista o médico que lo solicita)	\$50	\$45
D9410	Visita al hogar o centro de atención extendida	\$50	Sin cobertura
D9420	Llamada al centro de cirugía ambulatoria u hospital	\$135	Sin cobertura
D9430	Visitas al consultorio por observación (en el horario habitual programado): sin otros servicios suministrados	\$20	\$12
D9440	Visita al consultorio: después del horario habitual programado	\$45	\$40
D9450	Presentación de casos, planificación extensiva y detallada del tratamiento	Sin cobertura	\$0
D9610	Fármaco parenteral terapéutico, una sola administración	\$30	Sin cobertura
D9612	Fármacos parenterales terapéuticos, dos o más administraciones, medicamentos diferentes	\$40	Sin cobertura
D9910	Aplicación de medicamentos desensibilizantes	\$20	\$22
D9930	Tratamiento de complicaciones (posquirúrgico): circunstancias no habituales, por informe	\$35	Sin cobertura
D9940	Protecciones oclusales, por informe	Sin cobertura	\$115
D9942	Reparar y/o reforrar la protección oclusal	Sin cobertura	\$35
D9950	Análisis de oclusión: caso montado	\$120	Sin cobertura
D9951	Ajuste oclusal: limitado	\$45	\$45
D9952	Ajuste oclusal: completo	\$210	\$210
D9999	Procedimiento complementario no especificado, por informe	\$0	Sin cobertura

Si el dentista de atención primaria (primary care dentist, PCD) asignado brinda los servicios por un procedimiento de la lista, el miembro paga el copago especificado.

Los beneficios se brindan si el plan determina que los servicios son necesarios desde el punto de vista médico.

Es posible que se le cobre al miembro por las citas a las que no asista si el consultorio odontológico no recibe un aviso de cancelación al menos 24 horas antes.

El plan debe autorizar previamente por escrito los procedimientos de la lista que requieran que un dentista brinde los servicios especializados y que sean derivados por el PCD asignado. El miembro paga el copago especificado por esos servicios. Los procedimientos que no se encuentran en la lista anterior no tienen cobertura; sin embargo, podrían estar disponibles con las tarifas por contrato del PCD. "Tarifas por contrato" hace referencia a las tarifas del PCD que el plan tiene registradas.

Los beneficios mínimos del plan de cobertura tienen la cobertura del plan al 100 % después de que el miembro alcanza el deducible del plan médico y el máximo de gastos en efectivo anuales. Los miembros son responsables del costo total del beneficio hasta que se alcance el deducible. Los servicios de diagnóstico y prevención cubiertos tienen cobertura al 100 % independientemente del deducible y de los gastos en efectivo anuales.

Descripción de beneficios

Políticas generales de diagnóstico (D0100-D0999)

1. Radiografías (D0210-D0340):

- a) De acuerdo con los estándares de práctica odontológica aceptados, se tomará la menor cantidad posible de radiografías necesarias para el diagnóstico.
- b) Las radiografías originales formarán parte de los registros clínicos del paciente y el proveedor las conservará en todo momento.
- c) Las siguientes radiografías se considerarán actuales:
 - i) Radiografías para el tratamiento de los dientes primarios dentro de los últimos ocho meses.
 - ii) Radiografías para el tratamiento de dientes permanentes (como también de dientes primarios sobreretenidos cuando falta el diente permanente por cuestiones congénitas o está impactado) dentro de los últimos 14 meses.
 - iii) Radiografías para establecer la integridad del arco dentro de los últimos 36 meses.
- d) Todas las radiografías de tratamiento y posteriores al tratamiento se incluyen en el cargo por el procedimiento relacionado y no pueden pagarse por separado.

2. Fotografías (D0350):

- a) Las fotografías son parte del registro clínico del paciente y el proveedor conservará las fotografías originales en todo momento.
- b) Las fotografías pueden ponerse a disposición para su revisión si se lo solicita.

3. No se requiere autorización previa para los exámenes, las radiografías o las fotografías.

Procedimientos de diagnóstico (D0100-D0999)

PROCEDIMIENTO D0120 EVALUACIÓN ODONTOLÓGICA PERIÓDICA: PACIENTE YA ESTABLECIDO

Beneficio:

- a. Para pacientes menores de 19 años.
- b. Una vez cada seis meses, por proveedor.

PROCEDIMIENTO D0140 EVALUACIÓN ODONTOLÓGICA LIMITADA: CENTRADA EN EL PROBLEMA

Beneficio:

- a. Para pacientes menores de 19 años.
- b. Una vez por paciente por proveedor.

PROCEDIMIENTO D0145 EVALUACIÓN ODONTOLÓGICA PARA UN PACIENTE MENOR DE TRES AÑOS Y ASESORAMIENTO CON CUIDADOR PRINCIPAL

PROCEDIMIENTO D0150 EVALUACIÓN ODONTOLÓGICA INTEGRAL: PACIENTE NUEVO O ESTABLECIDO

1. Beneficio de una vez por paciente por proveedor para la evaluación inicial.
2. Este procedimiento no es un beneficio cuando se proporciona en la misma fecha del servicio con los siguientes procedimientos:
 - a. Evaluación odontológica limitada (D0140).
 - b. Evaluación odontológica

detallada y exhaustiva: centrada en el problema, por informe (D0160).

- c. Reevaluación: limitada, centrada en el problema (paciente ya establecido; no visita posoperatoria).
3. Los siguientes procedimientos no son beneficios cuando se proporcionan en la misma fecha del servicio con el procedimiento D0150:

- a. Evaluación odontológica periódica (D0120).
- b. Visitas al consultorio por observación (en el horario habitual programado) sin otros servicios suministrados (D9430).

PROCEDIMIENTO D0160 EVALUACIÓN ODONTOLÓGICA DETALLADA Y EXHAUSTIVA: CENTRADA EN EL PROBLEMA, POR INFORME

1. Beneficio de una vez por paciente por proveedor.
 - a. Los siguientes procedimientos no son beneficios cuando se proporcionan en la misma fecha del servicio con el procedimiento D0160: Evaluación odontológica periódica (D0120).
 - b. Evaluación odontológica limitada: centrada en el problema (D0140).

- c. Evaluación odontológica integral: paciente nuevo o establecido (D0150).
- d. Reevaluación: limitada, centrada en el problema (paciente establecido; no visita posoperatoria) (D0170), visita al consultorio para observación (en el horario habitual programado): sin otros servicios suministrados (D9430).

PROCEDIMIENTO D0170 REEVALUACIÓN: LIMITADA, CENTRADA EN EL PROBLEMA (PACIENTE ESTABLECIDO; NO VISITA POSOPERATORIA)

1. Beneficio para la atención continua de los síntomas de disfunción de la articulación temporomandibular:
 - a. Hasta seis veces en un período de tres meses.
 - b. Hasta un máximo de 12 en un período de 12 meses.

PROCEDIMIENTO D0180 EVALUACIÓN PERIODONTAL INTEGRAL: PACIENTE NUEVO O ESTABLECIDO

PROCEDIMIENTO D0210 INTRABUCAL: SERIE COMPLETA DE IMÁGENES RADIOGRÁFICAS

Beneficio una vez por proveedor cada 36 meses.

PROCEDIMIENTO D0220 INTRABUCAL: PRIMERA IMAGEN RADIOGRÁFICA PERIAPICAL

**PROCEDIMIENTO D0230
PROCEDIMIENTO
INTRABUCAL: CADA IMAGEN
RADIOGRÁFICA ADICIONAL
PERIAPICAL**

Beneficio hasta un máximo de 20 periapicales en un período de 12 meses con el mismo proveedor, en cualquiera de las siguientes combinaciones: intrabucal: primera imagen radiográfica periapical (D0220) e intrabucal: cada imagen radiográfica adicional periapical (D0230). Las radiografías periapicales tomadas como parte de una serie completa de imágenes radiográficas intrabucales (D0210) no se consideran para el máximo de 20 radiografías periapicales en un período de 12 meses.

**PROCEDIMIENTO D0240
INTRABUCAL: IMAGEN
RADIOGRÁFICA OCLUSAL**

Beneficio de hasta un máximo de dos en un período de seis meses por proveedor.

**PROCEDIMIENTO D0250
EXTRABUCAL: PRIMERA
IMAGEN RADIOGRÁFICA**

Beneficio una vez por fecha de servicio.

**PROCEDIMIENTO D0270
ALETA DE MORDIDA: UNA
IMAGEN RADIOGRÁFICA**

1. Beneficio una vez por fecha de servicio.
2. No es un beneficio para un área totalmente desdentada.

**PROCEDIMIENTO D0272
ALETAS DE MORDIDA:
DOS IMÁGENES
RADIOGRÁFICAS**

1. Beneficio una vez

cada seis meses por proveedor.

2. No son un beneficio:
 - a. Dentro de los seis meses de una serie completa de imágenes radiográficas intrabucales (D0210), con el mismo proveedor.
 - b. Para un área totalmente desdentada.

**PROCEDIMIENTO D0273
ALETAS DE MORDIDA:
TRES IMÁGENES
RADIOGRÁFICAS**

**PROCEDIMIENTO D0274
ALETAS DE MORDIDA:
CUATRO IMÁGENES
RADIOGRÁFICAS**

1. Beneficio una vez cada seis meses por proveedor.
2. No son un beneficio:
 - a. Dentro de los seis meses de una serie completa de imágenes radiográficas intrabucales (D0210), con el mismo proveedor.
 - b. Para pacientes menores de 10 años.
 - c. Para un área totalmente desdentada.

**PROCEDIMIENTO D0277
ALETAS DE MORDIDA
VERTICALES: DE 7 A 8
IMÁGENES RADIOGRÁFICAS**

Este procedimiento solo puede facturarse como aletas de mordida: cuatro imágenes radiográficas (D0274). El pago máximo es por cuatro aletas de mordida.

**PROCEDIMIENTO D0290
POSTERIOR: IMAGEN**

**RADIOGRÁFICA DE ANÁLISIS DE
HUESO FACIAL Y CRANEAL
LATERAL O ANTERIOR**

Beneficio:

- a. Para el análisis de un traumatismo o una patología.
- b. Por un máximo de tres por fecha de servicio.

**PROCEDIMIENTO D0310
SIALOGRAFÍA**

**PROCEDIMIENTO D0320
ARTROGRAFÍA DE
ARTICULACIÓN
TEMPOROMANDIBULAR,
INCLUIDA LA INYECCIÓN**

Beneficio:

- a. Para el análisis de un traumatismo o una patología.
- b. Por un máximo de tres por fecha de servicio.

**PROCEDIMIENTO D0322
ANÁLISIS TOMOGRÁFICO**

Beneficio dos veces en un período de 12 meses por proveedor.

**PROCEDIMIENTO D0330
IMAGEN RADIOGRÁFICA
PANORÁMICA**

1. Beneficio una vez en un período de 36 meses por proveedor, excepto cuando se registran como esenciales para un examen posoperatorio o de seguimiento (como por ejemplo, después de una cirugía bucal).
2. No son un beneficio, para el mismo proveedor, en la misma fecha de servicio que una serie completa de imágenes radiográficas intrabucales (D0210).
3. Este procedimiento se

considerará parte de una serie completa de imágenes radiográficas intrabucales (D0210) cuando se realice en la misma fecha de servicio que las aletas de mordida (D0272 o D0274) y un mínimo de dos (2) periapicales intrabucales por imagen radiográfica adicional (D0230).

PROCEDIMIENTO D0340 IMAGEN RADIOGRÁFICA CEFALOMÉTRICA

Beneficio dos veces en un período de 12 meses por proveedor.

PROCEDIMIENTO D0350 IMÁGENES FOTOGRÁFICAS FACIALES/BUCALES

Beneficio hasta un máximo de cuatro por fecha de servicio.

PROCEDIMIENTO D0460 PRUEBAS DE VITALIDAD DE LA PULPA DENTAL

PROCEDIMIENTO D0470 MOLDES DE DIAGNÓSTICO

1. Los moldes de diagnóstico son solo para la evaluación de beneficios de ortodoncia.
2. Se requiere que se presenten los moldes de diagnóstico para la evaluación de ortodoncia y solo son pagaderos para tratamientos de ortodoncia autorizados. No envíe los moldes originales ya que los moldes no serán devueltos.
3. Beneficio:
 - a. Una vez por proveedor a menos que se registren circunstancias especiales (como un

traumatismo o una patología que ha afectado el curso del tratamiento de ortodoncia).

- b. Para pacientes menores de 19 años.
- c. Para los dientes permanentes (a menos que sea una persona mayor de 13 años que aún tiene dientes primarios o que tenga el paladar hendido o una anomalía craneofacial).
- d. Solo cuando los proporciona un ortodoncista de atención especializada.

PROCEDIMIENTO D0502 OTROS PROCEDIMIENTOS DE PATOLOGÍA BUCAL, POR INFORME

PROCEDIMIENTO D0601 EVALUACIÓN Y DOCUMENTACIÓN DE RIESGO DE CARIES< CON UN RESULTADO DE BAJO RIESGO

PROCEDIMIENTO D0602 EVALUACIÓN Y DOCUMENTACIÓN DE RIESGO DE CARIES< CON UN RESULTADO DE RIESGO MODERADO

PROCEDIMIENTO D0603 EVALUACIÓN Y DOCUMENTACIÓN DE RIESGO DE CARIES< CON UN RESULTADO DE ALTO RIESGO

PROCEDIMIENTO D0999 PROCEDIMIENTO DE

DIAGNÓSTICO NO ESPECIFICADO, POR INFORME

Políticas generales preventivas (D1000-D1999)

1. Profilaxis dental y tratamiento de fluoruro (D1110-D1208):

- a. La profilaxis dental (D1110 y D1120) se define como el procedimiento dental preventivo de limpieza y pulido de las coronas, que incluye la eliminación total de cálculos, depósitos blandos, placa, manchas y el alisado de las superficies no adheridas de los dientes.
- b. El tratamiento de fluoruro (D1206 y D1208) es un beneficio solo para la indicación de productos concentrados de fluoruro.
- c. Los tratamientos de fluoruro no incluyen tratamientos que incorporen fluoruro con pasta de profilaxis, la aplicación tópica de fluoruro a la parte preparada de un diente antes de la restauración y las aplicaciones de fluoruro de sodio acuoso.
- d. La aplicación de fluoruro solo es un beneficio para el control de caries y como un tratamiento de boca completa independientemente de la cantidad de dientes tratados.
- e. Los procedimientos de profilaxis y de tratamiento de fluoruro (D1120, D1206 y D1208) son beneficios una vez por período de seis meses sin autorización previa para menores de 19 años.
- f. Los procedimientos de profilaxis y de tratamiento de fluoruro (D1110, D1206 y D1208) son beneficios una vez por período de 12 meses sin autorización previa para pacientes de 19 años o más.
- g. Se considerará la aprobación previa de las solicitudes adicionales, más allá de las limitaciones de frecuencia establecidas, de procedimientos de profilaxis y tratamiento de fluoruro (D1110, D1120, D1206 y D1208) cuando se justifique una necesidad médica registrada debido a una limitación física o una afección bucal que evite la higiene bucal diaria.

Procedimientos preventivos (D1000-D1999)

PROCEDIMIENTO D1110 PROFILAXIS - ADULTO

Beneficio una vez por período de 12 meses para pacientes de 19 años o más. Se aplicarán limitaciones de frecuencia para el procedimiento D1120 de profilaxis.

PROCEDIMIENTO D1120 PROFILAXIS - NIÑO

Beneficio una vez por período de seis meses para pacientes menores de 19 años.

PROCEDIMIENTO D1206 APLICACIÓN TÓPICA DE ESMALTE DE FLUORURO

Beneficio:

- a. Una vez por período de seis meses para pacientes menores de 19 años. Se aplicarán limitaciones de frecuencia a la aplicación tópica de fluoruro (D1208).
- b. Una vez por período de 12 meses para pacientes de 19 años o más. Se aplicarán limitaciones de frecuencia a la aplicación tópica de fluoruro (D1208).

PROCEDIMIENTO D1208 APLICACIÓN TÓPICA DE FLUORURO

Beneficio:

- a. Una vez por período de seis meses para pacientes menores de 19 años. Se aplicarán limitaciones de frecuencia a la aplicación tópica de esmalte de fluoruro (D1206).
- b. Una vez por período de 12 meses para pacientes de 19 años o más. Se aplicarán limitaciones de frecuencia a la aplicación tópica de esmalte de fluoruro (D1206).

PROCEDIMIENTO D1310 ASESORAMIENTO NUTRICIONAL PARA EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES ODONTOLÓGICAS

PROCEDIMIENTO D1320 ASESORAMIENTO SOBRE EL CONSUMO DE TABACO PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES

PROCEDIMIENTO D1330 INSTRUCCIONES DE HIGIENE BUCAL

PROCEDIMIENTO D1351 SELLADOR: POR DIENTE

Beneficio:

- a. Para el primer, segundo y tercer molar permanente que ocupan la posición del segundo molar.
- b. Solo en las superficies oclusales libres de caries o restauraciones.
- c. Para pacientes menores de 19 años.
- d. Una vez por diente cada 36 meses por proveedor, independientemente de las superficies selladas.

PROCEDIMIENTO D1352 RESTAURACIÓN DE RESINA PREVENTIVA PARA PACIENTES CON RIESGO DE CARIES MODERADO A ALTO: DIENTE PERMANENTE

Beneficio:

- a. Para el primer, segundo y tercer molar permanente que ocupan la posición del segundo molar.

- b. Solo para una lesión cariada activa en una fosa o foseta que no cruce la unión amelodentinaria.
- c. Para pacientes menores de 19 años.
- d. Una vez por diente cada 36 meses por proveedor, independientemente de las superficies selladas.

PROCEDIMIENTO D1510 SEPARADOR: UNILATERAL FIJO

Beneficio:

- a. Una vez por cuadrante por paciente.
- b. Para pacientes menores de 18 años.
- c. Solo para mantener el espacio de un solo diente.

No son un beneficio:

- d. Cuando el diente permanente falta o está próximo a brotar.
- e. Para dientes anteriores de arriba y de abajo.
- f. Para aparatos de ortodoncia, aparatos de guía para los dientes, movimiento menor de dientes o alambres de activación.

PROCEDIMIENTO D1515 SEPARADOR: FIJO, BILATERAL

Beneficio:

Una vez por arco cuando falta un molar primario en ambos cuadrantes o cuando faltan dos molares primarios en el mismo cuadrante para pacientes menores de 18 años.

No son un beneficio:

- a. Cuando el diente permanente falta o está próximo a brotar.
- b. Para dientes anteriores de arriba y de abajo.
- c. Para aparatos de ortodoncia, aparatos de guía para los dientes, movimiento menor de dientes o alambres de activación.

**PROCEDIMIENTO D1520
SEPARADOR: EXTRAÍBLE,
UNILATERAL**

- 1. Beneficio:
 - a. Una vez por cuadrante por paciente.
 - b. Para pacientes menores de 18 años.
 - c. Solo para mantener el espacio de un solo diente.
- 2. No son un beneficio:
 - a. Cuando el diente permanente falta o está próximo a brotar.
 - b. Para dientes anteriores de arriba y de abajo.
 - c. Para aparatos de ortodoncia, aparatos de guía para los dientes, movimiento menor de dientes o alambres de activación.

**PROCEDIMIENTO D1525
SEPARADOR: EXTRAÍBLE,
BILATERAL**

- 1. Beneficio:
 - a. Una vez por arco cuando falta un molar primario en ambos cuadrantes o cuando faltan dos molares primarios en el mismo cuadrante.
 - b. Para pacientes menores de 18 años.
- 2. No son un beneficio:

- a. Cuando el diente permanente falta o está próximo a brotar.
- b. Para dientes anteriores de arriba y de abajo.
- c. Para aparatos de ortodoncia, aparatos de guía para los dientes, movimiento menor de dientes o alambres de activación.

**PROCEDIMIENTO D1550
RECEMENTACIÓN DEL
SEPARADOR**

- 1. Beneficio:
 - a. Una vez por proveedor, por cuadrante o arco correspondiente.
 - b. Para pacientes menores de 18 años.

**PROCEDIMIENTO D1555
EXTRACCIÓN DEL SEPARADOR
FIJO**

Políticas generales de restauración (D2000-D2999)

1. Restauraciones con compuestos a base de resina y amalgama (D2140-D2394):

- a) Los servicios de restauración serán beneficios cuando sean necesarios desde el punto de vista médico, cuando la actividad de las caries o las fracturas se hayan extendido a través de la unión amelodentinaria (dentinoenamel junction, DEJ) y cuando el diente demuestre una longevidad razonable.
- b) Las restauraciones proximales anteriores (compuestas de amalgama) presentadas como restauraciones de dos o tres superficies deben demostrarse con claridad en radiografías, en las que la estructura del diente está implicada hasta un tercio del ancho mesiodistal del diente.
- c) Los servicios de restauración proporcionados únicamente para reemplazar la estructura de los dientes perdida debido al desgaste, la abrasión, la erosión o con fines estéticos no son beneficios.
- d) Los servicios de restauración no son beneficios cuando el pronóstico del diente es cuestionable debido a la incapacidad de restaurarlo o a la implicación periodontal.
- e) Las restauraciones de dientes primarios próximos a la exfoliación no son beneficios.
- f) Las clasificaciones de las cinco superficies dentales válidas son mesial, distal, oclusal/incisal, lingual y facial (incluidas la superficie bucal y labial).
- g) Cada restauración no relacionada en el mismo diente para la misma fecha de servicio debe presentarse en Líneas de reclamo de servicio (Claim Service Lines, CSL) separadas. Todas las superficies de un diente restauradas con el mismo material de restauración se considerarán relacionadas, para fines de pago, si se realizan en la misma fecha de servicio.
- h) La preparación del diente y del tejido blando, el alargamiento de la corona, las bases de cemento, el recubrimiento pulpar directo e indirecto, los agentes de fijación, los agentes de recubrimiento, los ajustes oclusales (D9951), el pulido, la anestesia local y cualquier otro procedimiento relacionado están incluidos en el cargo por un servicio de restauración completa.
- i) El proveedor original es responsable por cualquier restauración de reemplazo necesaria en los dientes primarios dentro de los primeros 12 meses y en dientes permanentes dentro de los primeros 36 meses, excepto cuando la falla o la rotura es resultado de circunstancias que exceden el control del proveedor (por ejemplo, debido a los hábitos bucales de un paciente).
- j) El reemplazo de restauraciones de amalgama satisfactorias con restauraciones con compuestos a base de resina no es un beneficio a menos que un médico especialista (alergista) haya documentado una alergia específica con su membrete profesional o en su indicación y la haya presentado para su pago.

2. Coronas prefabricadas (D2929-D2933):

A) Dientes primarios:

- a) Las coronas prefabricadas (D2929, D2930, D2932 y D2933) son un beneficio solo una vez por período de 12 meses.
- b) No se requiere autorización previa para los dientes primarios. Se debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios para la cobertura:
 - i. Caries, fractura u otro daño que implique a tres o más superficies dentales.
 - ii. Caries, fractura u otro daño que implique a una superficie interproximal cuando el daño se ha extendido ampliamente en sentido bucolingual o mesiodistal.
- c) Las coronas prefabricadas para dientes primarios próximos a la exfoliación no son un beneficio.

B) Dientes permanentes:

- a) Las coronas prefabricadas (D2931, D2932 y D2933) son un beneficio solo una vez por período de 36 meses.
- b) No se requiere autorización previa para los dientes permanentes. Se debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios para la cobertura:
 - i. Los dientes anteriores deben mostrar destrucción traumática o patológica de la corona del diente que implique a cuatro o más superficies dentales, incluida al menos la pérdida de un ángulo incisal.
 - ii. Los bicúspides (premolares) deben mostrar destrucción traumática o patológica de la corona del diente que implica a tres o más superficies dentales, incluida al menos una cúspide.
 - iii. Los molares deben mostrar destrucción traumática o patológica de la corona del diente que implique a cuatro o más superficies dentales, incluidas al menos dos cúspides.
 - iv. Las coronas prefabricadas deben restaurar un diente bicúspide o molar tratado con endodoncia.
 - v. La integridad del arco y la condición general de la boca, incluida la capacidad del paciente para mantener la salud bucal, se considerarán según un pronóstico sustentable de 36 meses para el diente permanente en el que se colocará la corona.
 - vi. Los postes prefabricados o fabricados indirectamente (D2952 y D2954) son beneficios cuando son necesarios desde el punto de vista médico para la retención de coronas prefabricadas en dientes permanentes en los que se haya realizado terapia en el conducto radicular.
 - vii. Las coronas prefabricadas en dientes en los que se ha realizado terapia en el conducto radicular se considerarán para el pago solo después de la finalización satisfactoria de la terapia en el conducto radicular.
 - viii. Las coronas prefabricadas no son un beneficio para los dientes de soporte de prótesis dentales parciales con estructura de metal fundido (D5213 y D5214).
- C) Dientes primarios y permanentes:
 - i. Las coronas prefabricadas proporcionadas únicamente para reemplazar la estructura de los dientes perdida debido al desgaste, la abrasión, la erosión o con fines estéticos no son beneficios.
 - ii. Las coronas prefabricadas no son beneficios cuando el pronóstico del diente es cuestionable debido a la incapacidad de restaurarlo o a la implicación periodontal.
 - iii. Las coronas prefabricadas no son un beneficio cuando un diente puede restaurarse con una restauración con compuestos de resina o amalgama.
 - iv. La preparación del diente y del tejido blando, el alargamiento de la corona, las bases de cemento, el recubrimiento pulpar directo e indirecto, las reconstrucciones acrílicas o de amalgama, los pernos (D2951), los agentes de fijación, los ajustes oclusales (D9951), la anestesia local (D9210) y cualquier otro procedimiento relacionado están incluidos en el cargo por una corona prefabricada.

3. Coronas procesadas en laboratorio (D2710-D2792):

- a) Las coronas procesadas en laboratorio en dientes permanentes (o en dientes primarios sobreretenidos sin sucesor permanente) son beneficios solo una vez por período de 5 años, excepto cuando la falla o la rotura es resultado de circunstancias que exceden el control del proveedor (por ejemplo, debido a los hábitos bucales de un paciente).
- b) Beneficio para pacientes de 13 años o más cuando un servicio menor no sería suficiente debido a una amplia destrucción de la corona.
 - i) Los dientes anteriores deben mostrar destrucción traumática o patológica de la corona

del diente, que implique al menos uno de los siguientes casos:

- a. La implicación de cuatro o más superficies incluido al menos un ángulo incisal. La superficie facial o lingual no se considerará implicada para una restauración mesial o proximal a menos que la restauración proximal rodee al diente al menos hasta la línea media.
 - b. La pérdida de un ángulo incisal que implique un área mínima tanto de la mitad del ancho incisal como de la mitad del alto de la corona anatómica.
 - c. No se implica un ángulo incisal pero se implica más del 50 % de la corona anatómica.
- ii) Los bicúspides (premolares) deben mostrar destrucción traumática o patológica de la corona del diente, que implique a tres superficies dentales o más, incluida una cúspide.
 - iii) Los molares deben mostrar destrucción traumática o patológica de la corona del diente que implique a cuatro superficies dentales o más, incluidas dos o más cúspides.
 - iv) Las coronas posteriores para pacientes de 19 años o más son beneficios solo cuando sirven de soporte para una prótesis dental parcial extraíble con ganchos o soportes fundidos (D5213 y D5214) o para una prótesis dental parcial fija que cumpla con el criterio actual.
- c) Los servicios de restauración proporcionados únicamente para reemplazar la estructura de los dientes perdida debido al desgaste, la abrasión, la erosión o con fines estéticos no son beneficios.
 - d) Las coronas procesadas en laboratorio no son beneficios cuando el pronóstico del diente es cuestionable debido a la incapacidad de restaurarlo o a la implicación periodontal.
 - e) Las coronas procesadas en laboratorio no son un beneficio cuando un diente puede restaurarse con una restauración con compuestos de resina o amalgama.
 - f) La preparación del diente y del tejido blando, el alargamiento de la corona, las bases de cemento, el recubrimiento pulpar directo e indirecto, las reconstrucciones acrílicas o de amalgama, los pernos (D2951), los agentes de fijación, los agentes de recubrimiento, las impresiones, las coronas temporales, los ajustes oclusales (D9951), el pulido, la anestesia local (D9210), y cualquier otro procedimiento relacionado están incluidos en el cargo por una corona procesada en laboratorio.
 - g) Los postes prefabricados o fabricados indirectamente (D2952 y D2954) son beneficios cuando son necesarios desde el punto de vista médico para la retención de coronas procesadas en laboratorio permitidas en dientes permanentes en los que se haya realizado terapia en el conducto radicular.
 - h) No se realizará el pago parcial para una corona procesada en laboratorio que no se haya entregado. El pago se realizará solo después de la cementación final.

Procedimientos de restauración (D2000-D2999)

PROCEDIMIENTO D2140 AMALGAMA: UNA SUPERFICIE, PRIMARIA O PERMANENTE

Dientes primarios:

Beneficio una vez por período de 12 meses.

Dientes permanentes:

Beneficio una vez por período de 36 meses.

PROCEDIMIENTO D2150 AMALGAMA: DOS SUPERFICIES, PRIMARIAS O PERMANENTES

Consulte el criterio del Procedimiento D2140.

PROCEDIMIENTO D2160 AMALGAMA: TRES SUPERFICIES, PRIMARIAS O PERMANENTES

Consulte el criterio del Procedimiento D2140.

PROCEDIMIENTO D2161 AMALGAMA: CUATRO O MÁS SUPERFICIES, PRIMARIAS O PERMANENTES

Consulte el criterio del Procedimiento D2140.

PROCEDIMIENTO D2330 COMPUESTO A BASE DE RESINA: UNA SUPERFICIE, ANTERIOR

Dientes primarios:
Beneficio una vez por período de 12 meses.

Dientes permanentes:
Beneficio una vez por período de 36 meses.

PROCEDIMIENTO D2331 COMPUESTO A BASE DE RESINA: DOS SUPERFICIES, ANTERIORES

ADP_SOB_HMO_FAM_CA_17

Dientes primarios:

Beneficio una vez por período de 12 meses.

Dientes permanentes:

Beneficio una vez por período de 36 meses.

PROCEDIMIENTO D2332 COMPUESTO A BASE DE RESINA: TRES SUPERFICIES, ANTERIORES

Consulte el criterio del Procedimiento D2331.

PROCEDIMIENTO D2335 COMPUESTO A BASE DE RESINA: CUATRO O MÁS SUPERFICIES, O AQUELLAS QUE IMPLICAN ÁNGULO INCISAL (ANTERIOR)

Consulte el criterio del Procedimiento D2331.

PROCEDIMIENTO D2390 CORONA DE COMPUESTO A BASE DE RESINA, ANTERIOR

Dientes primarios:

Beneficio una vez por período de 12 meses.

Dientes permanentes:

Beneficio una vez por período de 36 meses.

PROCEDIMIENTO D2391 COMPUESTO A BASE DE RESINA: UNA SUPERFICIE, POSTERIOR

Dientes primarios:

Beneficio una vez por período de 12 meses.

Dientes permanentes:

Beneficio una vez por período de 36 meses.

PROCEDIMIENTO D2392 COMPUESTO A BASE DE RESINA: DOS SUPERFICIES, POSTERIORES

Consulte el criterio del Procedimiento D2391.

PROCEDIMIENTO D2393 COMPUESTO A BASE DE RESINA: TRES SUPERFICIES, POSTERIORES

Consulte el criterio del Procedimiento D2391.

Beneficio una vez por período de 36 meses.

PROCEDIMIENTO D2394 COMPUESTO A BASE DE RESINA: CUATRO SUPERFICIES O MÁS, POSTERIORES

Consulte el criterio del Procedimiento D2391.

PROCEDIMIENTO D2710 CORONA: COMPUESTO A BASE DE RESINA (INDIRECTO)

Dientes permanentes anteriores (13 años o más) y dientes permanentes posteriores (de 13 a 19 años):

1. Beneficio:
 - a. Una vez por período de cinco años.
 - b. Para cualquier corona de compuesto a base de resina fabricada de manera indirecta.
2. No son un beneficio:
 - a. Para pacientes menores de 13 años.
 - b. Para 3.ros molares, a menos que el 3.er molar ocupe la posición del 1.er o el 2.do molar o sea el soporte de una prótesis dental parcial extraíble existente con ganchos o soportes fundidos.
3. Para usarlo como corona

temporal.

Dientes posteriores permanentes (19 años o más):

Beneficio:

- a. Una vez por período de cinco años.
- b. Para cualquier corona de compuesto a base de resina fabricada de manera indirecta.
- c. Solo para el tratamiento de dientes posteriores que sirvan de soporte para una prótesis dental parcial extraíble existente con ganchos o soportes fundidos (D5213 y D5214).
- d. Cuando el plan de tratamiento incluye una corona de soporte y una prótesis dental parcial extraíble (D5213 o D5214).

No son un beneficio:

- e. Para 3.ros molares, a menos que el 3.er molar sea el soporte de una prótesis dental parcial extraíble existente con ganchos o soportes fundidos.
- f. Para usarlo como corona temporal.

**PROCEDIMIENTO D2712
CORONA: 3/4 DE COMPUESTO
CON BASE DE RESINA
(INDIRECTO)**

Dientes permanentes anteriores (13 años o más) y dientes permanentes posteriores (de 13 a 19 años):

1. Beneficio:
 - a. Una vez por período de cinco años.

- b. Para cualquier corona de compuesto a base de resina fabricada de manera indirecta.

2. No son un beneficio:
 - a. Para pacientes menores de 13 años.
 - b. Para 3.ros molares, a menos que el 3.er molar ocupe la posición del 1.er o el 2.do molar o sea el soporte de una prótesis dental parcial extraíble existente con ganchos o soportes fundidos.
 - c. Para usarlo como corona temporal.

Dientes posteriores permanentes (19 años o más):

1. Beneficio:
 - a. Una vez por período de cinco años.
 - b. Para cualquier corona de compuesto a base de resina fabricada de manera indirecta.
 - c. Solo para el tratamiento de dientes posteriores que sirvan de soporte para una prótesis dental parcial extraíble existente con ganchos o soportes fundidos (D5213 y D5214).
2. No son un beneficio:
 - a. Para 3.ros molares, a menos que el 3.er molar sea el soporte de una prótesis dental parcial extraíble existente con ganchos o soportes fundidos.
 - b. Para usarlo como corona temporal.

PROCEDIMIENTO D2721

**CORONA: RESINA CON METAL
BÁSICO PREDOMINANTE**

Dientes permanentes anteriores (13 años o más) y dientes permanentes posteriores (de 13 a 19 años):

1. Beneficio una vez por período de cinco años
2. No son un beneficio:
 - a. Para pacientes menores de 13 años.
 - b. Para 3.ros molares, a menos que el 3.er molar ocupe la posición del 1.er o el 2.do molar o sea el soporte de una prótesis dental parcial extraíble existente con ganchos o soportes fundidos.

Dientes posteriores permanentes (21 años o más):

1. Beneficio:
 - a. Una vez por período de cinco años.
 - b. Solo para el tratamiento de dientes posteriores que sirvan de soporte para una prótesis dental parcial extraíble existente con ganchos o soportes fundidos (D5213 y D5214).
2. No es un beneficio para 3.ros molares, a menos que el 3.er molar sea el soporte de una prótesis dental parcial extraíble existente con ganchos o soportes fundidos.

**PROCEDIMIENTO D2740
CORONA: SUSTRATO DE
PORCELANA O CERÁMICA**

Dientes anteriores permanentes (13 años o más) y dientes posteriores permanentes (de los 13 a los 19 años):

1. Beneficio una vez por

período de cinco años

2. No son un beneficio:

- a. Para pacientes menores de 13 años.
- b. Para 3.ros molares, a menos que el 3.er molar ocupe la posición del 1.er o el 2.do molar o sea el soporte de una prótesis dental parcial extraíble existente con ganchos o soportes fundidos.

Dientes posteriores permanentes (19 años o más):

1. Beneficio:

- a. Una vez por período de cinco años.
- b. Solo para el tratamiento de dientes posteriores que sirvan de soporte para una prótesis dental parcial extraíble existente con ganchos o soportes fundidos (D5213 y D5214).

2. No es un beneficio para 3.ros molares, a menos que el 3.er molar sea el soporte de una prótesis dental parcial extraíble existente con ganchos o soportes fundidos.

**PROCEDIMIENTO D2751
CORONA: PORCELANA
FUNDIDA CON METAL BÁSICO
PREDOMINANTE**

Dientes permanentes anteriores (13 años o más) y dientes permanentes posteriores (de 13 a 19 años):

1. Beneficio una vez por período de cinco años

2. No son un beneficio:

- a. Para beneficiarios menores de 13 años.
- b. Para 3.ros molares, a menos que el 3.er molar ocupe la posición del 1.er o el 2.do molar o sea el soporte de una prótesis dental parcial extraíble existente con ganchos o soportes fundidos.

Dientes posteriores permanentes (19 años o más):

1. Beneficio:

- a. Una vez por período de cinco años.
- b. Solo para el tratamiento de dientes posteriores que sirvan de soporte para una prótesis dental parcial extraíble existente con ganchos o soportes fundidos (D5213 y D5214).
- c. Cuando el plan de tratamiento incluye una corona de soporte y una prótesis dental parcial extraíble (D5213 o D5214).

2. No es un beneficio para 3.ros molares, a menos que el 3.er molar sea el soporte de una prótesis dental parcial extraíble existente con ganchos o soportes fundidos.

**PROCEDIMIENTO D2781
CORONA: 3/4 DE METAL
BÁSICO PREDOMINANTE
FUNDIDO**

Dientes permanentes anteriores (13 años o

más) y dientes permanentes posteriores (de 13 a 19 años):

1. Beneficio una vez por período de cinco años

2. No son un beneficio:

- a. Para pacientes menores de 13 años.
- b. Para 3.ros molares, a menos que el 3.er molar ocupe la posición del 1.er o el 2.do molar o sea el soporte de una prótesis dental parcial extraíble existente con ganchos o soportes fundidos.

Dientes posteriores permanentes (21 años o más):

1. Beneficio:

- a. Una vez por período de cinco años.
- b. Solo para el tratamiento de dientes posteriores que sirvan de soporte para una prótesis dental parcial extraíble existente con ganchos o soportes fundidos (D5213 y D5214).

2. No es un beneficio para 3.ros molares, a menos que el 3.er molar sea el soporte de una prótesis dental parcial extraíble existente con ganchos o soportes fundidos.

**PROCEDIMIENTO D2783
CORONA: 3/4 DE PORCELANA O
CERÁMICA**

Dientes permanentes anteriores (13 años o más) y dientes permanentes posteriores (de 13 a 19 años):

1. Beneficio una vez por período de cinco años

2. No son un beneficio:

- a. Para pacientes menores de 13 años.
- b. Para 3.ros molares, a menos que el 3.er molar ocupe la posición del 1.er o el 2.do molar o sea el

soporte de una prótesis dental parcial extraíble existente con ganchos o soportes fundidos.

Dientes posteriores permanentes (19 años o más):

1. Beneficio:
 - a. Una vez por período de cinco años.
 - b. Solo para el tratamiento de dientes posteriores que sirvan de soporte para una prótesis dental parcial extraíble existente con ganchos o soportes fundidos (D5213 y D5214).
2. No es un beneficio para 3.ros molares, a menos que el 3.er molar sea el soporte de una prótesis dental parcial extraíble existente con ganchos o soportes fundidos.

**PROCEDIMIENTO D2791
CORONA: METAL BÁSICO
PREDOMINANTE
FUNDIDO EN SU
TOTALIDAD**

Dientes permanentes anteriores (13 años o más) y dientes permanentes posteriores (de 13 a 19 años):

1. Beneficio una vez por período de cinco años
2. No son un beneficio:
 - a. Para pacientes menores de 13 años.
 - b. Para 3.ros molares, a menos que el 3.er molar ocupe la posición del 1.er o el 2.do molar o sea

el soporte de una prótesis dental parcial extraíble existente con ganchos o soportes fundidos.

Dientes posteriores permanentes (19 años o más):

1. Beneficio:
 - a. Una vez por período de cinco años.
2. No es un beneficio para 3.ros molares, a menos que el 3.er molar sea el soporte de una prótesis dental parcial extraíble existente con ganchos o soportes fundidos.

**PROCEDIMIENTO D2910
RECEMENTADO DE
INCRUSTACIONES,
RECUBRIMIENTOS O
RESTAURACIÓN DE
COBERTURA PARCIAL**

Beneficio una vez por período de 12 meses por proveedor.

**PROCEDIMIENTO D2915
RECEMENTADO DE POSTE Y
MUÑÓN PREFABRICADOS O
FUNDIDOS**

**PROCEDIMIENTO D2920
RECEMENTADO DE CORONA**

No es un beneficio dentro de los 12 meses de una recementación previa realizada por el mismo proveedor.

**PROCEDIMIENTO D2929
CORONA DE PORCELANA O
CERÁMICA PREFABRICADA:
DIENTE PRIMARIO**

Beneficio una vez por período de 12 meses.

**PROCEDIMIENTO D2930
CORONA DE ACERO
INOXIDABLE
PREFABRICADA: DIENTE**

PRIMARIO

Beneficio una vez por período de 12 meses.

**PROCEDIMIENTO D2931
CORONA DE ACERO
INOXIDABLE PREFABRICADA:
DIENTE PERMANENTE**

1. Beneficio una vez por período de 36 meses.
2. No es un beneficio para los 3.eros molares, a menos que el 3.er molar ocupe la posición del 1.er o 2.do molar.

**PROCEDIMIENTO D2932
CORONA PREFABRICADA DE
RESINA**

Dientes primarios:

1. Beneficio una vez por período de 12 meses.

Dientes permanentes:

2. Beneficio una vez por período de 36 meses.
3. No es un beneficio para los 3.eros molares, a menos que el 3.er molar ocupe la posición del 1.er o 2.do molar.

**PROCEDIMIENTO D2933 CORONA
DE ACERO INOXIDABLE
PREFABRICADA CON CARILLA DE
RESINA**

Dientes primarios:

1. Beneficio una vez por período de 12 meses.

2. Este procedimiento incluye la colocación de un compuesto a base de resina.

Dientes permanentes:

1. Beneficio una vez por período de 36 meses.
2. No es un beneficio para los 3.eros molares, a menos que el 3.er molar ocupe la posición del 1.er o 2.do molar.
3. Este procedimiento incluye la

colocación de un compuesto a base de resina.

**PROCEDIMIENTO D2940
RESTAURACIÓN PROTECTORA**

1. Beneficio una vez por diente por período de seis meses por proveedor.
2. No son un beneficio:
 - a. Cuando se realiza en la misma fecha de servicio con una corona o restauración permanente, para el mismo diente.
 - b. En dientes en los que se ha realizado terapia en el conducto radicular.

**PROCEDIMIENTO D2950
RECONSTRUCCIÓN
DENTAL, INCLUIDO
ALGÚN PERNO**

Este procedimiento está incluido en el cargo por procedimientos de restauración y no puede pagarse por separado.

**PROCEDIMIENTO D2951
RETENCIÓN CON PERNO:
POR DIENTE, ADEMÁS DE
LA RESTAURACIÓN**

Beneficio:

- a. Solo para dientes permanentes.
- b. Cuando se factura con una restauración con compuesto a base de resina o amalgama en la misma fecha de servicio.
- c. Una vez por diente independientemente de la cantidad de pernos colocados.
- d. Para una

restauración posterior cuando la destrucción implica a tres superficies relacionadas o más y al menos una cúspide.

- e. Para una restauración anterior cuando la amplia destrucción coronal implica al ángulo incisal.

**PROCEDIMIENTO D2952
POSTE Y MUÑÓN ADEMÁS DE
LA CORONA, FABRICADOS
INDIRECTAMENTE**

1. Beneficio:
 - a. Una vez por diente independientemente de la cantidad de postes colocados.
 - b. Solo en conjunto con coronas permitidas (prefabricadas o procesadas en laboratorio) en dientes permanentes en los que se haya realizado terapia en el conducto radicular.

**PROCEDIMIENTO D2953
CADA POSTE ADICIONAL
FABRICADO
INDIRECTAMENTE: MISMO
DIENTE**

Este procedimiento debe realizarse en conjunto con el procedimiento D2952.

**PROCEDIMIENTO D2954
POSTE Y MUÑÓN
PREFABRICADOS, ADEMÁS DE
LA CORONA**

Beneficio:

- a. Una vez por diente independientemente de la cantidad de postes colocados.
- b. Solo en conjunto con

coronas permitidas (prefabricadas o procesadas en laboratorio) en dientes permanentes en los que se haya realizado terapia en el conducto radicular.

**PROCEDIMIENTO D2955
EXTRACCIÓN DE POSTE**

Este procedimiento está incluido en el cargo por procedimientos de restauración y endodoncia y no puede pagarse por separado.

**PROCEDIMIENTO D2957
CADA POSTE ADICIONAL
PREFABRICADO: MISMO
DIENTE**

Este procedimiento debe realizarse en conjunto con el procedimiento D2954 y no puede pagarse por separado.

**PROCEDIMIENTO D2971
PROCEDIMIENTOS
ADICIONALES PARA
CONSTRUIR UNA NUEVA
CORONA BAJO UNA
ESTRUCTURA DE PRÓTESIS
DENTAL PARCIAL EXISTENTE**

Este procedimiento está incluido en el cargo por coronas procesadas en laboratorio y no puede pagarse por separado.

**PROCEDIMIENTO D2980
REPARACIÓN DE CORONA
NECESARIA POR FALLA DEL
MATERIAL DE RESTAURACIÓN**

No es un beneficio dentro de los 12 meses de la colocación inicial de la corona o de una reparación previa realizada por el mismo proveedor.

**PROCEDIMIENTO D2999
PROCEDIMIENTO DE
RESTAURACIÓN NO
ESPECIFICADO, POR INFORME**

1. Este procedimiento no requiere autorización previa.
2. Se usará el procedimiento D2999 en los siguientes casos:
 - a. Para procedimientos que no estén descritos adecuadamente por un código de Terminología Odontológica Actual (Current Dental Terminology, CDT).
 - b. Para procedimientos con un código de CDT que no sean beneficios, pero que el paciente tenga una afección médica excepcional que justifique la necesidad médica. La documentación debe incluir la afección médica y el código de CDT específico relacionado con el tratamiento.

Políticas generales de endodoncia (D3000-D3999)

- a) Se requiere autorización previa con radiografías periapicales actuales para la terapia de conducto radicular inicial (D3310, D3320 y D3330), segundo tratamiento del conducto radicular (D3346, D3347 y D3348), pulpotomía parcial para apexogénesis (D3222), apexificación o recalificación (D3351) y apicectomía o cirugía perirradicular (D3410, D3421, D3425 y D3426) en dientes permanentes.
- b) La terapia en el conducto radicular (D3310, D3320, D3330, D3346, D3347 y D3348) es un beneficio para dientes permanentes y dientes primarios sobreretenidos sin sucesor permanente, si es necesario desde el punto de vista médico. Es necesario desde el punto de vista médico cuando el diente es no vital (debido a necrosis, gangrena o muerte de la pulpa) o si la pulpa se ha visto comprometida por caries, traumatismos o accidentes que puedan resultar en la muerte de la pulpa.
- c) Los procedimientos de endodoncia no son beneficios cuando el pronóstico del diente es cuestionable debido a la incapacidad de restaurarlo o a la implicación periodontal.
- d) Los procedimientos de endodoncia no son beneficios cuando lo adecuado es la extracción de un diente debido a la incapacidad de restaurarlo, a la implicación periodontal o para un diente que puede reemplazarse fácilmente al agregarlo a una prótesis existente o propuesta en el mismo arco.
- e) Los procedimientos de endodoncia no son beneficios para 3.eros molares, a menos que el 3.er molar ocupe la posición del 1.er o el 2.do molar o sea el soporte de una prótesis dental parcial fija o extraíble existente con ganchos o soportes fundidos.
- f) El cargo por los procedimientos de endodoncia incluye todas las radiografías del tratamiento y posteriores al tratamiento, cualquier restauración temporal o sellado oclusal, tratamientos con medicamentos, estudios bacteriológicos, pruebas de vitalidad de la pulpa, extracción de obstrucciones del conducto radicular (como postes, puntas de plata, material de empaste del conducto radicular antiguo, tiranervios y limas rotas en el conducto radicular y calcificaciones), reparación interna de defectos de perforaciones radiculares y atención posoperatoria de rutina dentro de los 30 días.
- g) Los procedimientos de endodoncia deben completarse antes del pago. La fecha de servicio de la solicitud de pago debe reflejar la fecha final del tratamiento.
- h) Se requiere la finalización satisfactoria de los procedimientos de endodoncia antes de solicitar la restauración final.

Procedimientos de endodoncia (D3000-D3999)

PROCEDIMIENTO	PERMANENTES	INCLUYE LA RESTAURACIÓN FINAL)
<p>D3110 RECUBRIMIENTO PULPAR: DIRECTO (NO SE INCLUYE LA RESTAURACIÓN FINAL)</p> <p>D3120 RECUBRIMIENTO PULPAR: INDIRECTO (NO SE INCLUYE LA RESTAURACIÓN FINAL)</p> <p>D3220 PULPOTOMÍA TERAPÉUTICA (NO SE INCLUYE LA RESTAURACIÓN FINAL): EXTRACCIÓN DE PULPA DE LA CORONA EN LA UNIÓN DENTINOCEMENTAL Y APLICACIÓN DE MEDICAMENTO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beneficio una vez por diente primario. 2. No son un beneficio: <ol style="list-style-type: none"> a. Para un diente primario próximo a la exfoliación. b. Para un diente primario con pulpa necrótica o una lesión periapical. c. Para un diente primario que no puede restaurarse. d. Para un diente permanente. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Beneficio: <ol style="list-style-type: none"> a. Para dientes permanentes. b. Para dientes primarios sobreretenidos sin sucesor permanente. c. Una vez por diente. <p>D3222 PULPOTOMÍA PARCIAL PARA APEXOGÉNESIS: DIENTES PERMANENTES CON DESARROLLO DE RAÍZ INCOMPLETO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beneficio: <ol style="list-style-type: none"> a. Una vez por diente permanente. b. Para pacientes menores de 19 años. 2. No son un beneficio: <ol style="list-style-type: none"> a. Para dientes primarios. b. Para 3.eros molares, a menos que el 3.er molar ocupe la posición del 1.er o el 2.do molar o sea el soporte de una prótesis dental parcial fija o una prótesis dental parcial extraíble existente con ganchos o soportes fundidos. <p>D3230 TERAPIA PULPAR (EMPASTE REABSORBIBLE): ANTERIOR, DIENTE PRIMARIO (NO SE</p>	<p>D3220, misma fecha de servicio, mismo diente.</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Para un diente primario próximo a la exfoliación. b. Con una pulpotomía terapéutica (no se incluye la restauración final) (D3220), misma fecha de servicio, mismo diente. c. Con desbridamiento pulpar, dientes primarios y permanentes (D3221), misma fecha de servicio, mismo diente. <p>D3240 TERAPIA PULPAR (EMPASTE REABSORBIBLE): POSTERIOR, DIENTE PRIMARIO (NO SE INCLUYE LA RESTAURACIÓN FINAL)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beneficio una vez por diente primario. 2. No son un beneficio: <ol style="list-style-type: none"> a. Para un diente primario próximo a la exfoliación. b. Con una pulpotomía terapéutica (no se incluye la restauración final) (D3220), misma fecha de servicio, mismo diente. c. Con desbridamiento pulpar, dientes primarios y permanentes (D3221), misma fecha de servicio, mismo diente. <p>D3310 TERAPIA ENDODÓNTICA, DIENTE ANTERIOR (NO SE INCLUYE RESTAURACIÓN FINAL)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beneficio una vez por diente
<p>D3221 DESBRIDAMIENTO PULPAR, DIENTES PRIMARIOS Y</p>	<p>D3221, misma fecha de servicio, mismo diente.</p>	

para tratamiento de terapia en el conducto radicular inicial. Para la segunda terapia del conducto radicular use el procedimiento segundo tratamiento de una terapia previa en el conducto radicular: anterior (D3346).

2. El cargo por este procedimiento incluye todas las radiografías del tratamiento y posteriores al tratamiento, cualquier restauración temporal y sellado oclusal.

**PROCEDIMIENTO D3320
TERAPIA ENDODÓNTICA,
DIENTE BICÚSPIDE (NO SE
INCLUYE RESTAURACIÓN
FINAL)**

1. Beneficio una vez por diente para tratamiento de terapia en el conducto radicular inicial. Para la segunda terapia del conducto radicular use el procedimiento segundo tratamiento de una terapia previa en el conducto radicular: bicúspide (D3347).

El cargo por este procedimiento incluye todas las radiografías del tratamiento y posteriores al tratamiento, cualquier restauración temporal y sellado oclusal.

**PROCEDIMIENTO D3330
TERAPIA ENDODÓNTICA,
MOLAR (NO SE INCLUYE
RESTAURACIÓN FINAL)**

1. Beneficio una vez por diente para tratamiento de terapia en el conducto radicular inicial.
2. No es un beneficio para 3.eros molares, a menos

que el 3.er molar ocupe la posición del 1.er o el 2.do molar o sea el soporte de una prótesis dental fija o una prótesis dental parcial extraíble existente con ganchos o soportes fundidos.

3. El cargo por este procedimiento incluye todas las radiografías del tratamiento y posteriores al tratamiento, cualquier restauración temporal y sellado oclusal.

**PROCEDIMIENTO D3331
TRATAMIENTO DE
OBSTRUCCIÓN DEL
CONDUCTO RADICULAR;
ACCESO SIN CIRUGÍA**

Este procedimiento debe realizarse en conjunto con procedimientos de endodoncia y no puede pagarse por separado.

**PROCEDIMIENTO
D3332 TERAPIA
ENDODÓNTICA
INCOMPLETA; DIENTE
INOPERABLE, NO
RESTAURABLE O
FRACTURADO**

El tratamiento de endodoncia solo es pagadero después de la finalización exitosa de la terapia endodóntica.

**PROCEDIMIENTO D3333
REPARACIÓN INTERNA DE
DEFECTOS DE
PERFORACIONES**

RADICULARES

Este procedimiento debe realizarse en conjunto con procedimientos de endodoncia y no puede pagarse por separado.

**PROCEDIMIENTO D3346
SEGUNDO TRATAMIENTO DE
UNA TERAPIA PREVIA EN EL
CONDUCTO RADICULAR:
ANTERIOR**

1. No es un beneficio para el proveedor original dentro de los 12 meses del tratamiento inicial.
2. El cargo por este procedimiento incluye todas las radiografías del tratamiento y posteriores al tratamiento, cualquier restauración temporal y sellado oclusal.

**PROCEDIMIENTO D3347
SEGUNDO TRATAMIENTO DE
UNA TERAPIA PREVIA EN EL
CONDUCTO RADICULAR:
BICÚSPIDE**

1. No es un beneficio para el proveedor original dentro de los 12 meses del tratamiento inicial.
2. El cargo por este procedimiento incluye todas las radiografías del tratamiento y posteriores al tratamiento, cualquier restauración temporal y sellado oclusal.

**PROCEDIMIENTO D3348
SEGUNDO TRATAMIENTO DE
UNA TERAPIA PREVIA EN EL
CONDUCTO RADICULAR: MOLAR**

1. No son un beneficio:
 - a. Para el proveedor original dentro de los 12 meses del tratamiento inicial.
 - b. Para 3.eros molares, a menos que el 3.er molar ocupe la posición del 1.er o el 2.do molar o

sea el soporte de una prótesis dental parcial fija o una prótesis dental parcial extraíble existente con ganchos o soportes fundidos.

2. El cargo por este procedimiento incluye todas las radiografías del tratamiento y posteriores al tratamiento, cualquier restauración temporal y sellado oclusal.

**PROCEDIMIENTO D3351
APEXIFICACIÓN/RECALCIFICACIÓN/REGENERACIÓN PULPAR: VISITA INICIAL (CIERRE APICAL/REPARACIÓN DE PERFORACIONES POR CALCIFICACIÓN, REABSORCIÓN RADICULAR, DESINFECCIÓN DEL ESPACIO PULPAR, ETC.)**

1. Beneficio:
 - a. Una vez por diente permanente.
 - b. Para pacientes menores de 19 años.
2. No son un beneficio:
 - a. Para dientes primarios.
 - b. Para 3.eros molares, a menos que el 3.er molar ocupe la posición del 1.er o el 2.do molar o sea el soporte de una prótesis dental parcial fija o una prótesis dental parcial extraíble existente con ganchos o soportes

fundidos.

- c. En la misma fecha de servicio que cualquier otro procedimiento de endodoncia para el mismo diente.
3. Este procedimiento incluye la apertura inicial del diente, la realización de una pulpectomía, la preparación de los espacios de los conductos, la colocación de medicamentos y todas las radiografías del tratamiento y posteriores al tratamiento.

**PROCEDIMIENTO D3352
APEXIFICACIÓN/RECALCIFICACIÓN/REGENERACIÓN PULPAR: REEMPLAZO DE MEDICAMENTO PROVISORIO**

1. Beneficio:
 - a. Solo después de la visita inicial de apexificación/recalcificación (cierre apical/reparación de perforaciones por calcificación, reabsorción radicular, etc.). (D3351).
 - b. Una vez por diente permanente.
 - c. Para pacientes menores de 19 años.
2. No son un beneficio:
 - a. Para dientes primarios.
 - b. Para 3.eros molares, a menos que el 3.er molar ocupe la posición del 1.er o el

2.do molar o sea el soporte de una prótesis dental parcial fija o una prótesis dental parcial extraíble existente con ganchos o soportes fundidos.

- c. En la misma fecha de servicio que cualquier otro procedimiento de endodoncia para el mismo diente.
3. Este procedimiento incluye la reapertura del diente, la colocación de medicamentos y todas las radiografías del tratamiento y posteriores al tratamiento.

**PROCEDIMIENTO D3353
APEXIFICACIÓN/RECALCIFICACIÓN: VISITA FINAL (INCLUYE TERAPIA EN EL CONDUCTO RADICULAR COMPLETO: CIERRE APICAL/REPARACIÓN DE PERFORACIONES POR CALCIFICACIÓN, REABSORCIÓN RADICULAR, ETC.)**

Este procedimiento no es un beneficio.

**PROCEDIMIENTO D3410
APICECTOMÍA O CIRUGÍA PERIRRADICULAR: ANTERIOR**

1. Beneficio solo para dientes permanentes anteriores.
2. No son un beneficio:
 - a. Con el proveedor original dentro de los 90 días de la terapia en el conducto radicular excepto cuando se registra una necesidad médica.
 - b. Con el proveedor original dentro de los 24 meses de una apicectomía o cirugía perirradicular.

**PROCEDIMIENTO
D3421 APICECTOMÍA O
CIRUGÍA
PERIRRADICULAR:
BICÚSPIDE (PRIMERA
RAÍZ)**

1. Beneficio solo para dientes bicúspides permanentes.
2. No son un beneficio:
 - a. Con el proveedor original dentro de los 90 días de la terapia en el conducto radicular excepto cuando se registra una necesidad médica.
 - b. Con el proveedor original dentro de los 24 meses de una apicectomía o cirugía perirradicular anterior, misma raíz.

**PROCEDIMIENTO D3425
APICECTOMÍA O CIRUGÍA
PERIRRADICULAR:
MOLAR (PRIMERA RAÍZ)**

1. Requiere un código de diente.
2. Beneficio solo para los 1.ros y 2.dos molares permanentes.
3. No son un beneficio:
 - a. Con el proveedor original dentro de los 90 días de la terapia en el conducto radicular excepto cuando se registra una necesidad médica.
 - b. Con el proveedor original dentro de los 24 meses de una apicectomía o cirugía

perirradicular anterior, misma raíz.

- c. Para 3.eros molares, a menos que el 3.er molar ocupe la posición del 1.er o el 2.do molar o sea el soporte de una prótesis dental parcial fija o una prótesis dental parcial extraíble existente con ganchos o soportes fundidos.

**PROCEDIMIENTO D3426
APICECTOMÍA O CIRUGÍA
PERIRRADICULAR (CADA
RAÍZ ADICIONAL)**

1. Beneficio solo para dientes permanentes.
2. No son un beneficio:
 - a. Con el proveedor original dentro de los 90 días de la terapia en el conducto radicular excepto cuando se registra una necesidad médica.
 - b. Con el proveedor original dentro de los 24 meses de una apicectomía o cirugía perirradicular anterior, misma raíz.
 - c. Para 3.eros molares, a menos que el 3.er molar ocupe la posición del 1.er o el 2.do molar o sea el soporte de una prótesis dental

parcial fija o una prótesis dental parcial extraíble existente con ganchos o soportes fundidos.

**PROCEDIMIENTO D3430 EMPASTE
RETRÓGRADO: POR RAÍZ**

Este procedimiento debe realizarse en conjunto con procedimientos de endodoncia y no puede pagarse por separado.

**PROCEDIMIENTO D3910
AISLAMIENTO DE DIENTE CON DIQUE
DE GOMA**

Este procedimiento está incluido en los cargos por procedimientos de restauración y endodoncia y no puede pagarse por separado.

**PROCEDIMIENTO D3999
PROCEDIMIENTO DE
ENDODNCIA NO
ESPECIFICADO, POR INFORME**

1. Se usará el procedimiento D3999 en los siguientes casos:
 - a. Para procedimientos que no estén descritos adecuadamente por un código de Terminología Odontológica Actual (Current Dental Terminology, CDT).
 - b. Para procedimientos con un código de CDT que no sean beneficios, pero que el paciente tenga una afección médica excepcional que justifique la necesidad médica. La documentación debe incluir la afección médica y el código de CDT específico relacionado con el tratamiento.

Políticas generales de periodoncia (D4000-D4999)

- a. Los procedimientos periodontales serán un beneficio para los pacientes de 13 años o más. Se considerarán los procedimientos periodontales para pacientes menores de 13 años cuando se presenten circunstancias inusuales como periodontitis agresiva o hiperplasia inducida por fármacos y cuando se haya documentado la necesidad médica de manera completa.
- b. Se requiere autorización previa para todos los procedimientos periodontales, excepto para el cambio de apósitos sin programar (por una persona que no sea el dentista que lo atiende) (D4290) y el mantenimiento periodontal (D4910).
- c. Solo deben considerarse los dientes que califiquen como enfermos en la cuenta para la cantidad de dientes a tratar en un cuadrante particular. Un diente que califique debe tener una cantidad considerable de pérdida ósea, presencia de depósitos de cálculos, ser restaurables y tener integridad del arco. Los dientes que califican incluyen implantes. Los dientes con indicación de ser extraídos no deben considerarse dientes que califican. Los cuadrantes completos o parciales se definen de la siguiente manera:
 - i) Se considera que un cuadrante completo tiene cuatro dientes enfermos que califican o más.
 - ii) Se considera que un cuadrante parcial tiene uno, dos o tres dientes enfermos.
 - iii) No deben considerarse los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o el segundo molar o sea el soporte de una prótesis dental parcial extraíble o fija existente con ganchos o soportes fundidos.
- d. Los espacios de los dientes unidos solo deben considerarse en conjunto con cirugías óseas (D4260 y D4261) que requieran un colgajo quirúrgico. Cada espacio de los dientes unidos solo contará como un espacio, independientemente de la cantidad de dientes faltantes en el espacio.
- e. La limpieza de sarro y la planeación radicular (D4341 y D4342) son beneficios una vez por cuadrante por período de 24 meses. Los pacientes deben presentar pérdida de colocación del tejido conectivo y evidencia radiográfica de pérdida ósea o depósitos de cálculos subgingivales en las superficies radiculares.
- f. La gingivectomía o gingivoplastia (D4210 y D4211) y la cirugía ósea (D4260 y D4261) son beneficios una vez por cuadrante por período de 36 meses y no se autorizarán hasta 30 días después de la limpieza de sarro y la planeación radicular (D4341 y D4342) en el mismo cuadrante. Los pacientes deben presentar evidencia radiográfica de pérdida ósea moderada a grave para calificar para la cirugía ósea.
- g. La gingivectomía o gingivoplastia (D4210 y D4211) y la cirugía ósea (D4260 y D4261) incluyen tres meses de atención posoperatoria y cualquier otra intervención quirúrgica durante 36 meses. Se tendrá en cuenta la documentación de circunstancias o afecciones médicas extraordinarias según el caso.
- h. La limpieza de sarro y la planeación radicular (D4341 y D4342) pueden autorizarse en conjunto con procedimientos de profilaxis (D1110 y D1120). Sin embargo, no se pagará ningún procedimiento de profilaxis si la profilaxis se realiza en la misma fecha de servicio que la limpieza de sarro o la planeación radicular.
- i. La gingivectomía o gingivoplastia (D4210 y D4211) y la cirugía ósea (D4260 y D4261) incluyen una frenulectomía (frenectomía o frenotomía) (D7960), frenuloplastia (D7963) o cuña distal realizada en la misma área en la misma fecha de servicio.
- j. Los procedimientos implicados en la obtención de tejidos de injerto (duros o blandos) de áreas de donantes extrabucales se consideran parte del cargo por cirugía ósea (D4260 y D4261) y no pueden pagarse por separado.

- k. La gingivectomía o gingivoplastía (D4210 y D4211) y la cirugía ósea (D4260 y D4261) realizadas en conjunto con una corona procesada en laboratorio, una corona prefabricada, una restauración con compuesto a base de resina o terapia endodóntica se incluyen en el cargo por la restauración final o la terapia endodóntica y no pueden pagarse por separado.

Procedimientos periodontales (D4000-D4999)

PROCEDIMIENTO D4210 GINGIVECTOMÍA O GINGIVOPLASTÍA: CUATRO O MÁS DIENTES CONTINUOS O ESPACIOS DE LOS DIENTES UNIDOS POR CUADRANTE

1. Si se presentan tres dientes enfermos o menos en el cuadrante, use el procedimiento de gingivectomía o gingivoplastía (D4211).
2. Beneficio:
 - a. Para pacientes de 13 años o más.
 - b. Una vez por cuadrante cada 36 meses.

PROCEDIMIENTO D4211 GINGIVECTOMÍA O GINGIVOPLASTÍA: UNO A TRES DIENTES CONTINUOS O ESPACIOS DE LOS DIENTES UNIDOS POR CUADRANTE

1. Si se presentan cuatro dientes enfermos o más en el cuadrante, use el procedimiento de gingivectomía o gingivoplastía (D4210).
2. Beneficio:
 - a. Para pacientes de 13 años o más.
 - b. Una vez por cuadrante cada 36 meses.

PROCEDIMIENTO D4249 ALARGAMIENTO DE LA CORONA CLÍNICA: TEJIDO DURO

Este procedimiento está incluido en el cargo por un servicio de restauración completo.

PROCEDIMIENTO D4260 CIRUGÍA ÓSEA (INCLUIDA LA ENTRADA Y EL CIERRE DEL COLGAJO): CUATRO O MÁS DIENTES CONTINUOS O ESPACIOS DE LOS DIENTES UNIDOS POR CUADRANTE

1. Se requiere autorización previa.
2. Se requiere un código de cuadrante.
3. Si se presentan tres dientes enfermos o menos en el cuadrante, use el procedimiento de cirugía ósea (D4261).
4. Beneficio:
 - a. Para pacientes de 13 años o más.
 - b. Una vez por cuadrante cada 36 meses.

PROCEDIMIENTO D4261 CIRUGÍA ÓSEA (INCLUIDA LA ENTRADA Y EL CIERRE DEL COLGAJO): UNO A TRES DIENTES CONTINUOS O ESPACIOS DE LOS DIENTES UNIDOS, POR CUADRANTE

1. Se requiere autorización previa.
2. Se requiere un código de

cuadrante.

3. Si se presentan cuatro dientes enfermos o más en el cuadrante, use el procedimiento de cirugía ósea (D4260).
4. Beneficio:
 - a. Para pacientes de 13 años o más.
 - b. Una vez por cuadrante cada 36 meses.

PROCEDIMIENTO D4265 MATERIALES BIOLÓGICOS PARA AYUDAR EN LA REGENERACIÓN DE TEJIDO ÓSEO Y BLANDO

1. Este procedimiento está incluido en los cargos por otros procedimientos periodontales y no puede pagarse por separado.

PROCEDIMIENTO D4341 LIMPIEZA DE SARRO PERIODONTAL Y PLANEACIÓN RADICULAR: CUATRO O MÁS DIENTES POR CUADRANTE

Beneficio:

- a. Para pacientes de 13 años o más.
- b. Una vez por cuadrante cada 24 meses.

PROCEDIMIENTO D4342 LIMPIEZA DE SARRO PERIODONTAL Y PLANEACIÓN RADICULAR: UNO A TRES DIENTES POR CUADRANTE

Beneficio:

- a. Para pacientes de 13 años o más.
- b. Una vez por cuadrante cada 24 meses.

PROCEDIMIENTO D4355 DESBRIDAMIENTO DE LA BOCA COMPLETA PARA PERMITIR LA

EVALUACIÓN INTEGRAL Y EL DIAGNÓSTICO

Este procedimiento está incluido en los cargos por otros procedimientos periodontales y no puede pagarse por separado.

PROCEDIMIENTO D4381 ADMINISTRACIÓN LOCALIZADA DE AGENTES ANTIBIÓTICOS POR MEDIO DE LIBERACIÓN CONTROLADA EN EL TEJIDO CREVICULAR ENFERMO: POR DIENTE

Este procedimiento está incluido en los cargos por otros procedimientos periodontales y no puede pagarse por separado.

PROCEDIMIENTO D4910 MANTENIMIENTO PERIODONTAL

1. Este procedimiento no requiere autorización previa.
2. Beneficio:
 - a. Solo para pacientes que residen en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) o un centro de cuidados intermedios (Intermediate Care Facility, ICF).
 - b. Solo cuando lo antecede una limpieza de sarro periodontal y planeación radicular (D4341- D4342).

- c. Solo después de completar la limpieza de sarro y la planeación radicular necesaria.
- d. Una vez por trimestre calendario.
- e. Solo en el período de 24 meses posterior a la última limpieza de sarro y planeación radicular.

3. Este procedimiento se considera un tratamiento de boca completa.

PROCEDIMIENTO D4920 CAMBIO DE APÓSITOS SIN PROGRAMAR (POR UNA PERSONA QUE NO SEA EL DENTISTA QUE LO ATIENDE)

1. Este procedimiento no puede autorizarse previamente.
2. Beneficio:
 - a. Para pacientes de 13 años o más.
 - b. Una vez por paciente por proveedor.
 - c. Dentro de los 30 días de la fecha de servicio de una gingivectomía o gingivoplastia (D4210 y D4211) y de una cirugía ósea (D4260 y D4261).
3. Los cambios de apósitos sin programar realizados

por el mismo proveedor se consideran parte del cargo por gingivectomía o gingivoplastia (D4210 y D4211) y cirugía ósea (D4260 y D4261) y están incluidos en este.

PROCEDIMIENTO D4999 PROCEDIMIENTO, POR INFORME

1. Beneficio para pacientes de 13 años o más.
2. Se usará el procedimiento D4999 en los siguientes casos:
 - a. Para procedimientos que no estén descritos adecuadamente por un código de Terminología Odontológica Actual (Current Dental Terminology, CDT).
 - b. Para procedimientos con un código de CDT que no sea un beneficio pero que el paciente tenga una afección que justifique la necesidad médica. La documentación debe incluir la afección médica excepcional y el código de CDT específico relacionado con el tratamiento.

Políticas generales de prostodoncia (extraíble) (D5000-D5899)

1. Prótesis dentales parciales y completas (D5110-D5214 y D5860):

- a) Se requiere autorización previa para prótesis extraíbles excepto para prótesis dentales inmediatas (D5130 y D5140).
- b) Se considerará la autorización previa para una nueva prótesis solo cuando sea evidente que la prótesis existente no puede restaurarse para que vuelva a ser útil por medio de la reparación, el reemplazo de dientes rotos o faltantes o el realineado.
- c) Las prótesis dentales parciales y completas se aprueban previamente solo como planes de tratamiento completo. Se realizará el pago solo cuando se haya completado la totalidad del tratamiento.
- d) Las prótesis dentales parciales o completas no se autorizarán previamente cuando sea altamente improbable que un paciente use una nueva prótesis, la cuide y se adapte a ella debido a deficiencias psicológicas o motrices según lo determine un dentista de evaluación clínica (consulte el punto “g” a continuación).
- e) Todos los procedimientos quirúrgicos, de restauración y de endodoncia para dientes que afecten el diseño de una prótesis dental parcial extraíble (D5211, D5212, D5213 y D5214) deben abordarse antes de considerar la autorización previa.
- f) Un dentista de evaluación clínica puede evaluar la necesidad de una prótesis nueva o de reemplazo.
- g) Una prótesis extraíble es un beneficio solo una vez por período de cinco años. Se aplicarán las siguientes excepciones cuando se presente la documentación adecuada:
 - i) Pérdida catastrófica que excede el control del paciente. La documentación debe incluir una copia del informe del organismo de servicio público (bomberos o policía).
 - ii) La necesidad de una nueva prótesis debido a una pérdida quirúrgica o traumática de estructura de la anatomía bucofacial.
 - iii) Un dentista de evaluación ha determinado que la prótesis extraíble ya no es útil.
- h) Los servicios de prostodoncia proporcionados con fines estéticos únicamente no son beneficios.
- i) Las prótesis dentales temporales o provisorias que se usan mientras se construye una prótesis dental permanente no son un beneficio.
- j) Las prótesis dentales adicionales o de reemplazo no son un beneficio.
- k) La evaluación de una prótesis dental según su mantenimiento no es un beneficio.
- l) El cargo por cualquier prótesis dental extraíble, realineado, reparación o acondicionamiento de los tejidos incluye todos los ajustes necesarios durante seis meses después de la fecha de servicio por parte del mismo proveedor.
- m) Las prótesis dentales inmediatas solo deben considerarse para un paciente cuando se presentan una o más de las siguientes afecciones:
 - i) Se presentan caries numerosas o no controladas en las radiografías.
 - ii) Las radiografías indican implicación periodontal grave.
 - iii) Faltan varios dientes, lo que resulta en una capacidad de masticación reducida que tiene un efecto adverso en la salud del paciente.
- n) No hay un cargo por inserción pagadero a un cirujano que coloca una prótesis dental inmediata.
- o) Los procedimientos preventivos, de endodoncia o de restauración no son

beneficios para los dientes que se retienen para sobredentaduras. Solo las extracciones de dientes retenidos serán un beneficio.

- p) Las prótesis dentales parciales no son un beneficio para el reemplazo de los 3.ros molares faltantes.

2. Realineado y acondicionamiento de los tejidos (D5730-D5761, D5850 y D5851):

- a) Los realineados en laboratorio (D5750, D5751, D5760 y D5761) son beneficios seis meses después de la fecha de servicio para prótesis dentales inmediatas (D5130 y D5140), una sobredentadura inmediata (D5860) y prótesis dentales parciales con estructura de metal fundido (D5213 y D5214) que hayan requerido extracciones.
- b) Los realineados en laboratorio (D5750, D5751, D5760 y D5761) son beneficios 12 meses después de la fecha de servicio para prótesis dentales completas (remotas) (D5110 y D5120), una sobredentadura completa (remota) (D5860) y prótesis dentales parciales con estructura de metal fundido (D5213 y D5214) que no hayan requerido extracciones.
- c) Los realineados en laboratorio (D5760 y D5761) no son beneficios para prótesis dentales parciales a base de resina (D5211 y D5212).
- d) Los realineados en laboratorio (D5750, D5751, D5760 y D5761) no son beneficios dentro de los 12 meses de los realineados en consultorio (D5730, D5731, D5740 y D5741).
- e) Los realineados en consultorio (D5730, D5731, D5740 y D5741) son beneficios seis meses después de la fecha de servicio para prótesis dentales inmediatas (D5130 y D5140), una sobredentadura inmediata (D5860), prótesis dentales parciales a base de resina (D5211 y D5212) y prótesis dentales parciales con estructura de metal fundido (D5213 y D5214) que hayan requerido extracciones.
- f) Los realineados en consultorio (D5730, D5731, D5740 y D5741) son beneficios 12 meses después de la fecha de servicio para prótesis dentales completas (remotas) (D5110 y D5120), una sobredentadura completa (remota) (D5860), prótesis dentales a base de resina (D5211 y D5212) y prótesis dentales parciales con estructura de metal fundido (D5213 y D5214) que no hayan requerido extracciones.
- g) Los realineados en consultorio (D5730, D5731, D5740 y D5741) no son beneficios dentro de los 12 meses de los realineados en laboratorio (D5750, D5751, D5760 y D5761).
- h) El acondicionamiento de los tejidos (D5850 y D5851) solo es un beneficio para curar bordes alveolares no saludables antes de un tratamiento de prostodoncia definitivo.
- i) El acondicionamiento de los tejidos (D5850 y D5851) es un beneficio en la misma fecha de servicio que una prótesis inmediata que haya requerido extracciones.

Procedimientos de prostodoncia (extraíble) (D5000-D5899)

PROCEDIMIENTO D5110 PRÓTESIS DENTAL COMPLETA: MAXILAR

1. Se requiere autorización previa.
2. Beneficio una vez por período de cinco años a partir de una prótesis dental completa o una sobredentadura previa.
3. Todos los ajustes realizados por el mismo proveedor durante los seis meses posteriores a la fecha de servicio están incluidos en el cargo por este procedimiento.
4. Un realineado en laboratorio (D5750) o en consultorio (D5730) es un beneficio 12 meses después de la fecha de servicio para este procedimiento.

PROCEDIMIENTO D5120 PRÓTESIS DENTAL COMPLETA: MANDIBULAR

1. Se requiere autorización previa.
Beneficio una vez por período de cinco años a partir de una prótesis dental completa o una sobredentadura previa.
2. Todos los ajustes realizados por el mismo proveedor durante los seis meses posteriores a la fecha de servicio están incluidos en el cargo por este procedimiento.
3. Un realineado en laboratorio (D5751) o en

consultorio (D5731) es un beneficio 12 meses después de la fecha de servicio para este procedimiento.

PROCEDIMIENTO D5130 PRÓTESIS DENTAL INMEDIATA: MAXILAR

1. Beneficio de una vez por paciente.
2. No es un beneficio como prótesis dental temporal. Las prótesis dentales completas subsiguientes no son un beneficio durante un período de cinco años después de la colocación de una dentadura inmediata.
3. Todos los ajustes realizados por el mismo proveedor durante los seis meses posteriores a la fecha de servicio están incluidos en el cargo por este procedimiento.
4. Un realineado en laboratorio (D5750) o en consultorio (D5730) es un beneficio seis meses después de la fecha de servicio para este procedimiento.

PROCEDIMIENTO D5140 PRÓTESIS DENTAL PARCIAL INMEDIATA: MANDIBULAR

1. Beneficio de una vez por paciente.
2. No es un beneficio como prótesis dental temporal. Las prótesis dentales completas subsiguientes no son un beneficio durante un período de cinco años después de la

colocación de una dentadura inmediata.

3. Todos los ajustes realizados por el mismo proveedor durante los seis meses posteriores a la fecha de servicio están incluidos en el cargo por este procedimiento.
4. Un realineado en laboratorio (D5751) o en consultorio (D5731) es un beneficio seis meses después de la fecha de servicio para este procedimiento.

PROCEDIMIENTO D5211 PRÓTESIS DENTAL PARCIAL MAXILAR: BASE DE RESINA (INCLUIDO CUALQUIER GANCHO, SOPORTE Y DIENTE CONVENCIONALES)

1. Se requiere autorización previa.
2. Beneficio una vez por período de cinco años
3. Es un beneficio cuando reemplaza a dientes permanentes o el arco carece de oclusión equilibrada posterior. La falta de oclusión equilibrada posterior se define de la siguiente manera:
 - a. Faltan cinco dientes posteriores permanentes (no se incluyen los 3.ros molares).
 - b. Faltan los cuatro 1.ros y 2.dos molares permanentes.
 - c. Faltan el 1.er y el 2.do molar permanente y el 2.do bicúspide del

- mismo lado.
4. No es un beneficio para el reemplazo de 3.ros molares faltantes.
 5. Todos los ajustes realizados por el mismo proveedor durante los seis meses posteriores a la fecha de servicio están incluidos en el cargo por este procedimiento.
 6. El realineado en laboratorio (D5760) no es un beneficio para este procedimiento.
 7. El realineado en consultorio (D5740) es un beneficio:
 - a. Una vez por período de 12 meses.
 - b. Seis meses después de la fecha de servicio para una prótesis dental parcial que haya requerido extracciones.
 - c. 12 meses después de la fecha de servicio para una prótesis dental parcial que no haya requerido extracciones.

**PROCEDIMIENTO D5212
PRÓTESIS DENTAL PARCIAL
MANDIBULAR: BASE DE RESINA
(INCLUIDO CUALQUIER GANCHO,
SOPORTE Y DIENTE
CONVENCIONALES)**

1. Se requiere autorización previa.
2. Beneficio una vez por período de cinco años
3. Es un beneficio cuando reemplaza a dientes permanentes o el arco carece de oclusión equilibrada posterior. La falta de oclusión equilibrada posterior se define de la siguiente manera:
 - a. Faltan cinco dientes posteriores permanentes (no se incluyen los 3.ros molares).
 - b. Faltan los cuatro 1.ros y

- 2.dos molares permanentes.
- c. Faltan el 1.er y el 2.do molar permanente y el 2.do bicúspide del mismo lado.
4. No es un beneficio para el reemplazo de 3.ros molares faltantes.
5. Todos los ajustes realizados por el mismo proveedor durante los seis meses posteriores a la fecha de servicio están incluidos en el cargo por este procedimiento.
6. El realineado en laboratorio (D5761) no es un beneficio para este procedimiento.
7. El realineado en consultorio (D5741) es un beneficio:
 - a. Una vez por período de 12 meses.
 - b. Seis meses después de la fecha de servicio para una prótesis dental parcial que haya requerido extracciones.
 - c. 12 meses después de la fecha de servicio para una prótesis dental parcial que no haya requerido extracciones.

**PROCEDIMIENTO D5213
PRÓTESIS DENTAL
PARCIAL MAXILAR:
ESTRUCTURA DE METAL
FUNDIDO CON BASES DE
PRÓTESIS DENTAL DE
RESINA (INCLUIDO
CUALQUIER GANCHO,
SOPORTE Y DIENTE
CONVENCIONALES)**

1. Se requiere autorización previa.
2. Beneficio una vez por período de cinco años.

3. Es un beneficio cuando es opuesta a una prótesis dental completa y el arco carece de oclusión equilibrada posterior. La falta de oclusión equilibrada posterior se define de la siguiente manera:
 - a. Faltan cinco dientes posteriores permanentes (no se incluyen los 3.ros molares).
 - b. Faltan los cuatro 1.ros y 2.dos molares permanentes.
 - c. Faltan el 1.er y el 2.do molar permanente y el 2.do bicúspide del mismo lado.
4. No es un beneficio para el reemplazo de 3.ros molares faltantes.
5. Todos los ajustes realizados por el mismo proveedor durante los seis meses posteriores a la fecha de servicio están incluidos en el cargo por este procedimiento.
6. Los realineados en laboratorio (D5760) son un beneficio en los siguientes casos:
 - a. Una vez por período de 12 meses.
 - b. Seis meses después de la fecha de servicio para una prótesis dental parcial con estructura de metal fundido que haya requerido extracciones.
 - c. 12 meses después de la fecha de servicio para una prótesis dental parcial con estructura de metal fundido que no haya requerido extracciones.
7. El realineado en

consultorio (D5740) es un beneficio:

- a. Una vez por período de 12 meses.
- b. Seis meses después de la fecha de servicio para una prótesis dental parcial que haya requerido extracciones.
- c. 12 meses después de la fecha de servicio para una prótesis dental parcial que no haya requerido extracciones.

**PROCEDIMIENTO D5214
PRÓTESIS DENTAL
PARCIAL MANDIBULAR:
ESTRUCTURA DE METAL
FUNDIDO CON BASES DE
PRÓTESIS DENTAL DE
RESINA (INCLUIDO
CUALQUIER GANCHO,
SOPORTE Y DIENTE
CONVENCIONALES)**

1. Se requiere autorización previa.
2. Beneficio una vez por período de cinco años
3. Es un beneficio cuando es opuesta a una prótesis dental completa y el arco carece de oclusión equilibrada posterior. La falta de oclusión equilibrada posterior se define de la siguiente manera:
 - a. Faltan cinco dientes posteriores permanentes (no se incluyen los 3.ros molares).
 - b. Faltan los cuatro 1.ros y 2.dos molares permanentes.
 - c. Faltan el 1.er y el 2.do molar permanente y el 2.do bicúspide del mismo lado.
4. No es un beneficio para el reemplazo de 3.ros molares faltantes.
5. Todos los ajustes

realizados por el mismo proveedor durante los seis meses posteriores a la fecha de servicio están incluidos en el cargo por este procedimiento.

6. Los realineados en laboratorio (D5761) son un beneficio en los siguientes casos:
 - a. Una vez por período de 12 meses.
 - b. Seis meses después de la fecha de servicio para una prótesis dental parcial con estructura de metal fundido que haya requerido extracciones.
 - c. 12 meses después de la fecha de servicio para una prótesis dental parcial con estructura de metal fundido que no haya requerido extracciones.
7. El realineado en consultorio (D5741) es un beneficio:
 - a. Una vez por período de 12 meses.
 - b. Seis meses después de la fecha de servicio para una prótesis dental parcial que haya requerido extracciones.
 - c. 12 meses después de la

fecha de servicio para una prótesis dental parcial que no haya requerido extracciones.

**PROCEDIMIENTO
D5410 AJUSTE DE
PRÓTESIS DENTAL
COMPLETA: MAXILAR**

1. Beneficio:
 - a. Una vez por fecha de servicio por proveedor.
 - b. Dos veces en un período de 12 meses por proveedor.
2. No son un beneficio:
 - a. En la misma fecha de servicio o dentro de los seis meses de la fecha de servicio de una prótesis dental completa: maxilar (D5110), una prótesis dental inmediata: maxilar (D5130) o una sobredentadura: completa (D5860).
 - b. En la misma fecha de servicio o dentro de los seis meses de la fecha de servicio de un realineado de prótesis dental maxilar completa (en consultorio) (D5730), un realineado de prótesis dental maxilar completa (en laboratorio) (D5750) y el acondicionamiento de los tejidos, maxilar (D5850).

- c. En la misma fecha de servicio o dentro de los seis meses de la fecha de servicio de la reparación de una base de prótesis dental completa partida (D5510) y el reemplazo de dientes faltantes o rotos: prótesis dental completa (D5520).

**PROCEDIMIENTO D5411
AJUSTE DE PRÓTESIS
DENTAL COMPLETA:
MANDIBULAR**

1. Beneficio:
 - a. Una vez por fecha de servicio por proveedor.
 - b. Dos veces en un período de 12 meses por proveedor.
2. No son un beneficio:
 - a. En la misma fecha de servicio o dentro de los seis meses de la fecha de servicio de la colocación de una prótesis dental completa: mandibular (D5120), una prótesis dental inmediata: mandibular (D5140) o una sobredentadura: completa (D5860).
 - b. En la misma fecha de servicio o dentro de los seis meses de la fecha de servicio de un realineado de prótesis dental mandibular completa (en consultorio) (D5731), un realineado de prótesis dental mandibular completa (en laboratorio) (D5751) y el acondicionamiento de los tejidos, mandibular (D5851).

- c. En la misma fecha de servicio o dentro de los seis meses de la fecha de servicio de la reparación de una base de prótesis dental completa partida (D5510) y el reemplazo de dientes faltantes o rotos: prótesis dental completa (D5520).

**PROCEDIMIENTO D5421
AJUSTE DE PRÓTESIS
DENTAL PARCIAL: MAXILAR**

1. Beneficio:
 - a. Una vez por fecha de servicio por proveedor.
 - b. Dos veces en un período de 12 meses por proveedor.
2. No son un beneficio:
 - a. En la misma fecha de servicio o dentro de los seis meses de la fecha de servicio de una prótesis dental parcial maxilar: con base de resina (D5211) o una prótesis dental parcial maxilar: estructura de metal fundido con bases de prótesis de resina (D5213).
 - b. En la misma fecha de servicio o dentro de los seis meses de la fecha de servicio de un realineado de prótesis dental parcial maxilar (en consultorio) (D5740), un realineado de prótesis dental parcial maxilar (en laboratorio)

(D5760) y el acondicionamiento de los tejidos, maxilar (D5850).

- c. En la misma fecha de servicio o dentro de los seis meses de la fecha de servicio de la reparación de una base de prótesis dental de resina (D5610), la reparación de una estructura de metal fundido (D5620), la reparación o el reemplazo de un gancho roto (D5630), el reemplazo de un diente dañado: por diente (D5640), una inserción de diente en prótesis dental parcial existente (D5650) y una inserción de gancho en prótesis dental parcial existente (D5660).

**PROCEDIMIENTO D5422
AJUSTE DE PRÓTESIS
DENTAL PARCIAL:
MANDIBULAR**

1. Beneficio:
 - a. Una vez por fecha de servicio por proveedor.
 - b. Dos veces

por período de 12 meses por proveedor.

2. No son un beneficio:

- a. En la misma fecha de servicio o dentro de los seis meses de la fecha de servicio de una prótesis dental parcial mandibular: con base de resina (D5212) o una prótesis dental parcial mandibular: estructura de metal fundido con bases de prótesis de resina (D5214).
- b. En la misma fecha de servicio o dentro de los seis meses de la fecha de servicio de un realineado de prótesis dental parcial mandibular completa (en consultorio) (D5741), un realineado de prótesis dental parcial mandibular completa (en laboratorio) (D5761) y el acondicionamiento de los tejidos, mandibular (D5851).
- c. En la misma fecha de servicio o dentro de los seis meses de la fecha de servicio de la reparación de una base de prótesis dental de resina (D5610), la reparación de una

estructura de metal fundido (D5620), la reparación o el reemplazo de un gancho roto (D5630), el reemplazo de un diente dañado: por diente (D5640), una inserción de diente en prótesis dental parcial existente (D5650) y una inserción de gancho en prótesis dental parcial existente (D5660).

PROCEDIMIENTO D5510 REPARACIÓN DE BASE DE PRÓTESIS DENTAL COMPLETA PARTIDA

1. Beneficio:
 - a. Una vez por arco, por fecha de servicio, por proveedor.
 - b. Dos veces en un período de 12 meses por proveedor.
2. No es un beneficio en la misma fecha de servicio que un realineado de prótesis dental completa maxilar (en consultorio) (D5730), un realineado de prótesis dental completa mandibular (en consultorio) (D5731), un realineado de prótesis dental completa maxilar (en laboratorio) (D5750) y un realineado de prótesis dental completa mandibular (en laboratorio) (D5751).
3. Todos los ajustes

realizados por el mismo proveedor y en el mismo arco durante los seis meses posteriores a la fecha de reparación están incluidos en el cargo por este procedimiento.

PROCEDIMIENTO D5520 REEMPLAZO DE DIENTES FALTANTES O ROTOS: PRÓTESIS DENTAL COMPLETA (CADA DIENTE)

1. Beneficio:
 - a. Hasta un máximo de cuatro por arco, por fecha de servicio, por proveedor.
 - b. Dos veces por arco, por período de 12 meses, por proveedor.
2. Todos los ajustes realizados por el mismo proveedor y en el mismo arco durante los seis meses posteriores a la fecha de reparación están incluidos en el cargo por este procedimiento.

PROCEDIMIENTO D5610 REPARACIÓN DE BASE DE PRÓTESIS DENTAL DE RESINA

1. Beneficio:
 - a. Una vez por arco, por fecha de servicio, por proveedor.
 - b. Dos veces por arco, por

período de 12 meses, por proveedor.

c. Solo para prótesis dentales parciales.

2. No es un beneficio en la misma fecha de servicio que un realineado de prótesis dental parcial maxilar (en consultorio) (D5740), un realineado de prótesis dental parcial mandibular (en consultorio) (D5741), un realineado de prótesis dental parcial maxilar (en laboratorio) (D5760) y un realineado de prótesis dental parcial mandibular (en laboratorio) (D5761).
3. Todos los ajustes realizados por el mismo proveedor y en el mismo arco durante los seis meses posteriores a la fecha de reparación están incluidos en el cargo por este procedimiento.

**PROCEDIMIENTO D5620
REPARACIÓN DE
ESTRUCTURA FUNDIDA**

1. Beneficio:
 - a. Una vez por arco, por fecha de servicio, por proveedor.
 - b. Dos veces por arco, por período de 12 meses, por proveedor.

2. Todos los ajustes realizados durante los seis meses posteriores a la fecha de reparación, brindados por el mismo proveedor y para el mismo arco, se incluyen en el cargo por este procedimiento.

**PROCEDIMIENTO D5630
REPARACIÓN O REEMPLAZO
DE GANCHO ROTO**

1. Beneficio:
 - a. Hasta un máximo de tres, por fecha de servicio, por proveedor.
 - b. Dos veces por arco en un período de 12 meses, por proveedor.
2. Todos los ajustes realizados por el mismo proveedor y en el mismo arco durante los seis meses posteriores a la fecha de reparación están incluidos en el cargo por este procedimiento.

**PROCEDIMIENTO D5640
REEMPLAZO DE DIENTE
ROTO: POR DIENTE**

1. Beneficio:
 - a. Hasta un máximo de cuatro por arco, por fecha de servicio, por proveedor.
 - b. Dos veces por arco en un período de 12 meses, por proveedor.
 - c. Solo para prótesis dentales parciales.
2. Todos los ajustes realizados durante los seis meses posteriores a la fecha de reparación, brindados por el mismo

proveedor y para el mismo arco, están incluidos en el cargo por este procedimiento.

**PROCEDIMIENTO
D5650
INSERCIÓN DE DIENTE
EN PRÓTESIS DENTAL
PARCIAL EXISTENTE**

1. Beneficio:
 - a. Hasta un máximo de tres, por fecha de servicio, por proveedor.
 - b. Una vez por diente.
2. No es un beneficio para la inserción de 3.ros molares.
3. Todos los ajustes realizados por el mismo proveedor y en el mismo arco durante los seis meses posteriores a la fecha de reparación están incluidos en el cargo por este procedimiento.

**PROCEDIMIENTO
D5660
INSERCIÓN DE
GANCHO EN
PRÓTESIS DENTAL
PARCIAL EXISTENTE**

1. Beneficio:
 - a. Hasta un máximo de tres, por fecha de servicio, por proveedor.
 - b. Dos veces por arco, por período de 12 meses, por proveedor.
2. Todos los ajustes realizados durante los seis meses posteriores a la fecha de reparación, por parte del mismo proveedor

y para el mismo arco, se incluyen en el cargo por este procedimiento.

**PROCEDIMIENTO D5730
REALINEADO DE
PRÓTESIS DENTAL
MAXILAR COMPLETA
(EN CONSULTORIO)**

1. Beneficio:
 - a. Una vez por período de 12 meses.
 - b. Seis meses después de la fecha de servicio para una prótesis dental inmediata: maxilar (D5130) o para una sobredentadura inmediata: completa (D5860) que haya requerido extracciones.
 - c. 12 meses después de la fecha de servicio para una prótesis dental completa (remota): maxilar (D5110) o sobredentadura (remota): completa (D5860) que no haya requerido extracciones.
2. No es un beneficio dentro de los 12 meses de un realineado de prótesis dental completa maxilar (en laboratorio) (D5750).
3. Todos los ajustes realizados por el mismo proveedor durante los seis meses posteriores a la fecha de servicio están incluidos en el cargo por este procedimiento.

**PROCEDIMIENTO
D5731 REALINEADO**

**DE PRÓTESIS
DENTAL
MANDIBULAR
COMPLETA (EN
CONSULTORIO)**

1. Beneficio:
 - a. Una vez por período de 12 meses.
 - b. Seis meses después de la fecha de servicio para una prótesis dental inmediata: mandibular (D5140) o para una sobredentadura inmediata: completa (D5860) que haya requerido extracciones.
 - c. 12 meses después de la fecha de servicio para una prótesis dental completa (remota): mandibular (D5120) o una sobredentadura (remota): completa (D5860) que no haya requerido extracciones.
2. No es un beneficio dentro de los 12 meses de un realineado de prótesis dental completa mandibular (en laboratorio) (D5751).
3. Todos los ajustes realizados por el mismo proveedor durante los seis meses posteriores a la fecha de servicio están incluidos en el cargo por este procedimiento.

**PROCEDIMIENTO
D5740
REALINEADO DE
PRÓTESIS DENTAL
PARCIAL MAXILAR
(EN CONSULTORIO)**

1. Beneficio:
 - a. Una vez por período de 12 meses.
 - b. Seis meses después de la fecha de servicio para una prótesis dental parcial maxilar: con base de resina (D5211) o una prótesis dental parcial maxilar: estructura de metal fundido con bases de prótesis de resina (D5213) que hayan requerido extracciones.
 - c. 12 meses después de la fecha de servicio para una prótesis dental parcial maxilar: con base de resina (D5211) o una prótesis dental parcial maxilar: estructura de metal fundido con bases de prótesis de resina (D5213) que no hayan requerido extracciones.
2. No es un beneficio dentro de los 12 meses de un realineado de prótesis dental parcial maxilar (en laboratorio)

(D5760).

3. Todos los ajustes realizados por el mismo proveedor durante los seis meses posteriores a la fecha de servicio están incluidos en el cargo por este procedimiento.

**PROCEDIMIENTO D5741
REALINEADO DE
PRÓTESIS DENTAL
PARCIAL MANDIBULAR
(EN CONSULTORIO)**

1. Beneficio:
 - a. Una vez por período de 12 meses.
 - b. Seis meses después de la fecha de servicio para una prótesis dental parcial mandibular: con base de resina (D5212) o una prótesis dental parcial mandibular: estructura de metal fundido con bases de prótesis de resina (D5214) que haya requerido extracciones.
 - c. 12 meses después de la fecha de servicio para una prótesis dental parcial mandibular: con base de resina (D5212) o una prótesis dental parcial mandibular: estructura de metal fundido con bases de prótesis de resina (D5214) que no haya requerido

extracciones.

2. No es un beneficio dentro de los 12 meses de un realineado de prótesis dental parcial mandibular (en laboratorio) (D5761).
3. Todos los ajustes realizados por el mismo proveedor durante los seis meses posteriores a la fecha de servicio están incluidos en el cargo por este procedimiento.

**PROCEDIMIENTO D5750
REALINEADO DE PRÓTESIS
DENTAL MAXILAR COMPLETA
(EN LABORATORIO)**

1. Beneficio:
 - a. Una vez por período de 12 meses.
 - b. Seis meses después de la fecha de servicio para una prótesis dental inmediata: maxilar (D5130) o para una sobredentadura inmediata: completa (D5860) que haya requerido extracciones.
 - c. 12 meses después de la fecha de servicio para una prótesis dental completa (remota): maxilar (D5110) o sobredentadura (remota): completa (D5860) que no haya requerido extracciones.
2. No es un beneficio dentro de los 12 meses de un realineado de prótesis dental completa maxilar (en consultorio) (D5730).

3. Todos los ajustes realizados por el mismo proveedor durante los seis meses posteriores a la fecha de servicio están incluidos en el cargo por este procedimiento.

**PROCEDIMIENTO
D5751 REALINEADO
DE PRÓTESIS
DENTAL
MANDIBULAR
COMPLETA (EN
LABORATORIO)**

1. Beneficio:
 - a. Una vez por período de 12 meses.
 - b. Seis meses después de la fecha de servicio para una prótesis dental inmediata: mandibular (D5140) o para una sobredentadura inmediata: completa (D5860) que haya requerido extracciones.
 - c. 12 meses después de la fecha de servicio para una prótesis dental completa (remota): mandibular (D5120) o una sobredentadura (remota): completa (D5860) que no haya requerido extracciones.
2. No es un beneficio dentro de los 12 meses de un realineado de prótesis dental completa mandibular (en consultorio) (D5731).

3. Todos los ajustes realizados por el mismo proveedor durante los seis meses posteriores a la fecha de servicio están incluidos en el cargo por este procedimiento.

**PROCEDIMIENTO D5760
REALINEADO DE PRÓTESIS
DENTAL PARCIAL MAXILAR
(EN LABORATORIO)**

1. Beneficio:
 - a. Una vez por período de 12 meses.
 - b. Seis meses después de la fecha de servicio para una prótesis dental parcial maxilar: estructura de metal fundido con bases de prótesis de resina (D5213) que haya requerido extracciones.
 - c. 12 meses después de la fecha de servicio para una prótesis dental parcial maxilar: estructura de metal fundido con bases de prótesis de resina (D5213) que no haya requerido extracciones.
2. No son un beneficio:
 - a. Dentro de los 12 meses de un realineado de prótesis dental parcial maxilar (en consultorio) (D5740).
 - b. Para una prótesis dental parcial maxilar: con base de resina (D5211).
3. Todos los ajustes realizados por el mismo proveedor durante los seis meses posteriores a la fecha de servicio están incluidos en el cargo por este procedimiento.

**PROCEDIMIENTO D5761
REALINEADO DE PRÓTESIS
DENTAL PARCIAL MANDIBULAR
(EN LABORATORIO)**

- Beneficio:
- a. Una vez por período de 12 meses.
 - b. Seis meses después de la fecha de servicio para una prótesis dental parcial mandibular: estructura de metal fundido con bases de prótesis de resina (D5214) que haya requerido extracciones.
 - c. 12 meses después de la fecha de servicio para una prótesis dental parcial mandibular: estructura de metal fundido con bases de prótesis de resina (D5214) que no haya requerido extracciones.
3. No son un beneficio:
 - a. Dentro de los 12 meses de un realineado de prótesis dental parcial mandibular (en consultorio) (D5741).
 - b. Para una prótesis dental parcial mandibular: con base de resina (D5212).
 4. Todos los ajustes realizados por el mismo proveedor durante los seis meses posteriores a la fecha de servicio están incluidos en el cargo por este procedimiento.

**PROCEDIMIENTO
D5850
ACONDICIONAMIENTO
DE LOS TEJIDOS,
MAXILAR**

1. Beneficio dos veces por prótesis por período de 36 meses.
2. No son un beneficio:
 - a. En la misma fecha de servicio que un realineado de prótesis dental completa maxilar (en consultorio) (D5730), un realineado de prótesis dental parcial maxilar (en consultorio) (D5740), un realineado de prótesis dental completa maxilar (en laboratorio) (D5750) y un realineado de prótesis dental parcial maxilar (en laboratorio) (D5760).
 - b. En la misma fecha de servicio que una prótesis que no haya requerido extracciones.
3. Todos los ajustes realizados por el mismo proveedor durante los seis meses posteriores a la fecha de servicio están incluidos en el cargo por este procedimiento.
4. El acondicionamiento de los tejidos está diseñado para curar bordes alveolares no saludables antes de un tratamiento más definitivo.

**PROCEDIMIENTO D5851
ACONDICIONAMIENTO
DE LOS TEJIDOS;
MANDIBULAR**

1. Beneficio dos veces por prótesis por

período de 36 meses.

2. No son un beneficio:
 - a. En la misma fecha de servicio que el realineado de una prótesis dental completa mandibular (en consultorio) (D5731), el realineado de una prótesis dental parcial mandibular (en consultorio) (D5741), el realineado de una prótesis dental completa mandibular (en laboratorio) (D5751) y el realineado de una prótesis dental parcial mandibular (en laboratorio) (D5761).
 - b. En la misma fecha de servicio que una prótesis que no haya requerido extracciones.
3. Todos los ajustes realizados por el mismo proveedor durante los seis meses posteriores a la fecha de servicio están incluidos en el cargo por este procedimiento.
4. El acondicionamiento de los tejidos está diseñado para curar bordes alveolares no saludables antes de un tratamiento más definitivo.

**PROCEDIMIENTO D5862
SUJETADOR DE PRECISIÓN,
POR INFORME**

Este procedimiento está incluido en el cargo por procedimientos prostéticos y de restauración y no puede pagarse por separado.

**PROCEDIMIENTO D5899
PROCEDIMIENTO DE
PROSTODONCIA EXTRAÍBLE
NO ESPECIFICADO, POR**

INFORME

1. Se usará el procedimiento D5899 en los siguientes casos:
 - a. Para procedimientos que no estén descritos adecuadamente por un código de Terminología Odontológica Actual (Current Dental Terminology, CDT).
 - b. Para procedimientos con un código de CDT que no sean beneficios, pero que el paciente tenga una afección médica excepcional que justifique la necesidad médica. La documentación debe incluir la afección médica y el código de CDT específico relacionado con el tratamiento.

Políticas generales de prótesis maxilofaciales (D5900-D5999)

- a. Los servicios de prótesis maxilofaciales son para la reconstrucción anatómica y funcional de las regiones del maxilar y de la mandíbula y las estructuras relacionadas faltantes o defectuosas debido a intervenciones quirúrgicas, traumatismos (distintos de fracturas simples o compuestas), patologías, malformaciones congénitas o del desarrollo.
- b. Se requiere autorización previa para los siguientes procedimientos:
 - i) Aparato para trismo (D5937).
 - ii) Prótesis elevadora del velo del paladar: provisoria (D5958).
 - iii) Suministro de gel con fluoruro (D5986).
 - iv) Entablillado quirúrgico (D5988).
- c. Todos los procedimientos de prótesis maxilofaciales incluyen atención posoperatoria de rutina, revisiones y ajustes durante los 90 días posteriores a la entrega.

Procedimientos de prótesis maxilofaciales (D5900-D5999)

PROCEDIMIENTO D5911 MOLDE FACIAL (SECCIONAL)

PROCEDIMIENTO D5912 MOLDE FACIAL (COMPLETO)

PROCEDIMIENTO D5913 PRÓTESIS NASAL

PROCEDIMIENTO D5914 PRÓTESIS AURICULAR

PROCEDIMIENTO D5915 PRÓTESIS ORBITAL

PROCEDIMIENTO D5916 PRÓTESIS OCULAR

No es un beneficio en la misma fecha de servicio que una prótesis ocular: provisoria (D5923).

PROCEDIMIENTO D5919 PRÓTESIS FACIAL

PROCEDIMIENTO D5922 PRÓTESIS DE SEPTO NASAL

PROCEDIMIENTO D5923 PRÓTESIS OCULAR: PROVISORIA

No es un beneficio en la misma fecha de servicio que una prótesis ocular (D5916).

PROCEDIMIENTO D5924 PRÓTESIS CRANEAL

PROCEDIMIENTO D5925 PRÓTESIS DE IMPLANTE DE AUMENTO FACIAL

PROCEDIMIENTO D5926 PRÓTESIS NASAL: REEMPLAZO

PROCEDIMIENTO D5927 PRÓTESIS AURICULAR: REEMPLAZO

PROCEDIMIENTO D5928 PRÓTESIS ORBITAL, REEMPLAZO

PROCEDIMIENTO D5929

PRÓTESIS FACIAL: REEMPLAZO

PROCEDIMIENTO D5931 PRÓTESIS OBTURADORA: QUIRÚRGICA

1. No es un beneficio en la misma fecha de servicio que una prótesis obturadora: definitiva (D5932) y una prótesis obturadora: provisoria (D5936).
2. PROCEDIMIENTO D5932
3. PRÓTESIS OBTURADORA: DEFINITIVA

No es un beneficio en la misma fecha de servicio que una prótesis obturadora: quirúrgica (D5931) y una prótesis obturadora: provisoria (D5936).

PROCEDIMIENTO D5933 PRÓTESIS OBTURADORA, MODIFICACIÓN

1. Beneficio dos veces por período de 12 meses.
2. No es un beneficio en la misma fecha de servicio que una prótesis obturadora: quirúrgica (D5931), una prótesis obturadora: definitiva (D5932) y una prótesis obturadora: provisoria (D5936).

PROCEDIMIENTO D5934 PRÓTESIS DE RESECCIÓN MANDIBULAR CON REBORDE GUÍA

PROCEDIMIENTO D5935 PRÓTESIS DE RESECCIÓN MANDIBULAR SIN REBORDE GUÍA

PROCEDIMIENTO D5936 PRÓTESIS OBTURADORA, PROVISORIA

No es un beneficio en la misma fecha de servicio que una prótesis obturadora: quirúrgica (D5931) y una prótesis obturadora: definitiva (D5932).

PROCEDIMIENTO D5937 APARATO PARA TRISMO (NO PARA TRATAMIENTO DE TMD)

PROCEDIMIENTO D5951 SOPORTE DE ALIMENTACIÓN

Beneficio para pacientes menores de 18 años.

PROCEDIMIENTO D5952 PRÓTESIS DE SOPORTE DEL HABLA: PEDIÁTRICA

Beneficio para pacientes menores de 18 años.

PROCEDIMIENTO D5953 PRÓTESIS DE SOPORTE DEL HABLA: PARA ADULTOS

Beneficio para pacientes de 18 años o más.

PROCEDIMIENTO D5954 PRÓTESIS DE AUMENTO DE PALADAR

PROCEDIMIENTO D5955 PRÓTESIS ELEVADORA DEL VELO DEL PALADAR: DEFINITIVA

No es un beneficio en la misma fecha de servicio que una prótesis elevadora del velo del paladar: provisoria (D5958).

PROCEDIMIENTO D5958 PRÓTESIS ELEVADORA DEL VELO DEL PALADAR: PROVISORIA

No es un beneficio en la misma fecha de servicio que

una prótesis elevadora del velo del paladar: definitiva (D5955).

**PROCEDIMIENTO D5959
PRÓTESIS ELEVADORA DEL
VELO DEL PALADAR:
MODIFICACIÓN**

1. Beneficio dos veces por período de 12 meses.
2. No es un beneficio en la misma fecha de servicio que una prótesis elevadora del velo del paladar: definitiva (D5955) y una prótesis elevadora del velo del paladar: provisoria (D5958).

**PROCEDIMIENTO D5960
PRÓTESIS DE SOPORTE
DEL HABLA:
MODIFICACIÓN**

1. Beneficio dos veces por período de 12 meses.
2. No es un beneficio en la misma fecha de servicio que una prótesis de soporte del habla: pediátrica (D5952) y una prótesis de soporte del habla: para adultos (D5953).

**PROCEDIMIENTO D5982
STENT QUIRÚRGICO**

**PROCEDIMIENTO D5983
SUMINISTRO DE RADIACIÓN**

**PROCEDIMIENTO D5984
BLOQUEO DE RADIACIÓN**

**PROCEDIMIENTO D5985
LOCALIZADOR DEL CONO DE
RADIACIÓN**

**PROCEDIMIENTO D5986
SUMINISTRO DE GEL CON
FLUORURO**

Beneficio solo en conjunto con

radioterapia dirigida a los dientes, las mandíbulas o las glándulas salivales.

**PROCEDIMIENTO D5987
ENTABLILLADO DE COMISURA**

**PROCEDIMIENTO D5988
ENTABLILLADO QUIRÚRGICO**

**PROCEDIMIENTO D5991
SUMINISTRO DE MEDICAMENTO
TÓPICO**

**PROCEDIMIENTO D5992
AJUSTE DE APARATO DE
PRÓTESIS MAXILOFACIAL,
POR INFORME**

Este procedimiento no es un beneficio.

**PROCEDIMIENTO D5993
MANTENIMIENTO Y LIMPIEZA
DE UNA PRÓTESIS
MAXILOFACIAL (EXTRABUCAL
O INTRABUCAL) EXCEPTO LOS
AJUSTES NECESARIOS, POR
INFORME**

Este procedimiento no es un beneficio.

**PROCEDIMIENTO D5999
PRÓTESIS MAXILOFACIAL NO
ESPECIFICADA, POR INFORME**

1. Se usará el procedimiento D5999 en los siguientes casos:
 - a. Para procedimientos que no estén descritos adecuadamente por un código de Terminología Odontológica Actual (Current Dental Terminology, CDT).
 - b. Para procedimientos con un código de CDT que no sean beneficios, pero que el paciente tenga una afección médica excepcional que justifique la necesidad médica. La documentación debe incluir la afección

médica y el código de CDT específico relacionado con el tratamiento.

Políticas generales de servicios de implante (D6000-D6199)

- a) Los servicios de implantes son un beneficio solo cuando se presentan afecciones médicas excepcionales. Las afecciones médicas excepcionales incluyen, entre otras, las siguientes:
 - i) Cáncer en la cavidad bucal que requiere cirugía de extirpación o radiación que lleve a la destrucción del hueso alveolar, cuando las estructuras óseas restantes no puedan soportar las prótesis dentales convencionales.
 - ii) Atrofia grave de la mandíbula o el maxilar que no puede corregirse con procedimientos de extensión vestibular o procedimientos de aumento óseo, y por tal motivo las prótesis convencionales no le sirven al paciente.
 - iii) Deformidades del esqueleto que imposibilitan el uso de prótesis convencionales (como artrogriposis, displasia ectodermal, anodoncia parcial y displasia cleidocraneal).
 - iv) Destrucción traumática de la mandíbula, el rostro o la cabeza cuando las estructuras óseas restantes no pueden soportar las prótesis dentales convencionales.
- b) Los proveedores deben presentar la documentación completa del caso (como radiografías, tomografías, informes de operaciones, informes del panel craneofacial, moldes de diagnóstico, trazados y fotografías intrabucales o extrabucales) necesaria para demostrar la necesidad médica de los servicios de implante solicitados.
- c) Los implantes de un diente no son un beneficio del plan.
- d) La extracción de implantes, por informe (D6100) es un beneficio. Consulte el procedimiento para conocer los requisitos específicos.

Procedimientos de servicio de implantes (D6000-D6199)

PROCEDIMIENTO D6010 COLOCACIÓN QUIRÚRGICA DE CUERPO DE IMPLANTE: IMPLANTE ENDÓSTICO

Los servicios de implantes son un beneficio solo cuando se registran afecciones médicas excepcionales y debe corroborarse su necesidad médica. Consulte las Políticas generales de servicios de implantes para conocer los requisitos específicos.

PROCEDIMIENTO D6040 COLOCACIÓN QUIRÚRGICA: IMPLANTE SUBPERIÓSTICO

Consulte el criterio del Procedimiento D6010.

PROCEDIMIENTO D6050 COLOCACIÓN QUIRÚRGICA: IMPLANTE TRANSÓSEO

Consulte el criterio del Procedimiento D6010.

PROCEDIMIENTO D6051 SOPORTE PROVISORIO

Este procedimiento no es un beneficio.

PROCEDIMIENTO D6055 BARRA DE CONEXIÓN: APOYADA EN IMPLANTE O SOPORTE

Consulte el criterio del Procedimiento D6010.

PROCEDIMIENTO D6056 SOPORTE PREFABRICADO: INCLUYE MODIFICACIÓN Y COLOCACIÓN

Consulte el criterio del Procedimiento D6010.

PROCEDIMIENTO D6057 SOPORTE FABRICADO A MEDIDA: INCLUYE COLOCACIÓN

Consulte el criterio del

Procedimiento D6010.

PROCEDIMIENTO D6058 CORONA DE PORCELANA O CERÁMICA APOYADA EN UN SOPORTE

Consulte el criterio del Procedimiento D6010.

PROCEDIMIENTO D6059 CORONA DE PORCELANA APOYADA EN UN SOPORTE, FUNDIDA CON METAL (METAL ALTAMENTE NOBLE)

Consulte el criterio del Procedimiento D6010.

PROCEDIMIENTO D6060 CORONA DE PORCELANA APOYADA EN UN SOPORTE, FUNDIDA CON METAL (METAL BÁSICO PREDOMINANTE)

Consulte el criterio del Procedimiento D6010.

PROCEDIMIENTO D6061 CORONA DE PORCELANA APOYADA EN UN SOPORTE, FUNDIDA CON METAL (METAL NOBLE)

Consulte el criterio del Procedimiento D6010.

PROCEDIMIENTO D6062 CORONA APOYADA EN UN SOPORTE, DE METAL FUNDIDO (METAL ALTAMENTE NOBLE)

Consulte el criterio del Procedimiento D6010.

PROCEDIMIENTO D6063 CORONA APOYADA EN UN

SOPORTE, DE METAL FUNDIDO (METAL BÁSICO PREDOMINANTE)

Consulte el criterio del Procedimiento D6010.

PROCEDIMIENTO D6064 CORONA APOYADA EN UN SOPORTE, DE METAL FUNDIDO (METAL NOBLE)

Consulte el criterio del Procedimiento D6010.

PROCEDIMIENTO D6065 CORONA DE PORCELANA O CERÁMICA APOYADA EN UN IMPLANTE

Consulte el criterio del Procedimiento D6010.

**PROCEDIMIENTO D6066
CORONA DE PORCELANA
APOYADA EN UN IMPLANTE,
FUNDIDA CON METAL
(TITANIO, ALEACIÓN DE
TITANIO, METAL
ALTAMENTE NOBLE)**

Consulte el criterio del
Procedimiento D6010.

**PROCEDIMIENTO D6067
CORONA DE METAL,
APOYADA EN UN IMPLANTE
(TITANIO, ALEACIÓN DE
TITANIO, METAL
ALTAMENTE NOBLE)**

Consulte el criterio del
Procedimiento D6010.

**PROCEDIMIENTO D6068
RETENEDOR APOYADO EN
UN SOPORTE PARA
PRÓTESIS DENTAL PARCIAL
FIJA (FIXED PARTIAL
DENTURE, FPD) DE
CERÁMICA O PORCELANA**

Consulte el criterio del
Procedimiento D6010.

**PROCEDIMIENTO D6069
RETENEDOR APOYADO EN
UN SOPORTE PARA FPD DE
PORCELANA, FUNDIDA CON
METAL (METAL ALTAMENTE
NOBLE)**

Consulte el criterio del
Procedimiento D6010.

**PROCEDIMIENTO D6070
RETENEDOR APOYADO EN UN
SOPORTE PARA FPD DE
PORCELANA, FUNDIDA CON
METAL (METAL BÁSICO
PREDOMINANTE)**

Consulte el criterio del
Procedimiento D6010.

**PROCEDIMIENTO D6071
RETENEDOR APOYADO EN
UN SOPORTE PARA FPD DE
PORCELANA, FUNDIDA CON
METAL (METAL NOBLE)**

Consulte el criterio del
Procedimiento D6010.

**PROCEDIMIENTO D6072
RETENEDOR APOYADO EN
UN SOPORTE PARA FPD DE**

**METAL FUNDIDO (METAL
ALTAMENTE NOBLE)**

Consulte el criterio del
Procedimiento D6010.

**PROCEDIMIENTO D6073
RETENEDOR APOYADO EN
UN SOPORTE PARA FPD DE
METAL FUNDIDO (METAL
BÁSICO PREDOMINANTE)**

Consulte el criterio del
Procedimiento D6010.

**PROCEDIMIENTO D6074
RETENEDOR APOYADO EN
UN SOPORTE PARA FPD DE
METAL FUNDIDO (METAL
NOBLE)**

Consulte el criterio del
Procedimiento D6010.

**PROCEDIMIENTO D6075
RETENEDOR APOYADO EN UN
IMPLANTE PARA FPD DE
CERÁMICA**

Consulte el criterio del
Procedimiento D6010.

**PROCEDIMIENTO D6076
RETENEDOR APOYADO EN UN
IMPLANTE PARA FPD DE
PORCELANA, FUNDIDA CON
METAL (TITANIO, ALEACIÓN
DE TITANIO O METAL
ALTAMENTE NOBLE)**

Consulte el criterio del
Procedimiento D6010.

**PROCEDIMIENTO D6077
RETENEDOR APOYADO EN UN
IMPLANTE PARA FPD DE
METAL FUNDIDO (TITANIO,
ALEACIÓN DE TITANIO O
METAL ALTAMENTE NOBLE)**

Consulte el criterio del
Procedimiento D6010.

**PROCEDIMIENTO D6080
PROCEDIMIENTOS DE
MANTENIMIENTO DE
IMPLANTE, INCLUIDOS
EXTRACCIÓN DE PRÓTESIS,
LIMPIEZA DE PRÓTESIS Y
SOPORTES, Y REINSERCIÓN
DE PRÓTESIS**

Consulte el
criterio del
Procedimiento

D6010.

**PROCEDIMIENTO D6090
REPARACIÓN DE PRÓTESIS
APOYADA EN UN
IMPLANTE, POR INFORME**

Consulte el criterio del
Procedimiento D6010.

**PROCEDIMIENTO D6091
REEMPLAZO DE SUJETADOR
DE PRECISIÓN O
SEMIPRECISIÓN
(COMPONENTE MACHO O
HEMBRA) DE PRÓTESIS
APOYADA EN UN IMPLANTE O
SOPORTE, POR SUJETADOR**

Consulte el criterio del
Procedimiento D6010.

**PROCEDIMIENTO D6092
RECEMENTACIÓN DE
CORONA APOYADA EN UN
IMPLANTE O SOPORTE**

No es un beneficio
dentro de los 12 meses
de una recementación
previa realizada por el
mismo proveedor.

**PROCEDIMIENTO D6093
RECEMENTACIÓN DE PRÓTESIS
DENTAL PARCIAL FIJA APOYADA
EN UN IMPLANTE O SOPORTE**

No es un beneficio dentro de
los 12 meses de una
recementación previa
realizada por el mismo
proveedor.

**PROCEDIMIENTO D6094
CORONA APOYADA EN UN
SOPORTE (TITANIO)**

Consulte el criterio del
Procedimiento D6010.

**PROCEDIMIENTO D6095
REPARACIÓN DE SOPORTE DE
IMPLANTE, POR INFORME**

Consulte el criterio del
Procedimiento D6010.

**PROCEDIMIENTO D6100
EXTRACCIÓN DE UN IMPLANTE,
POR INFORME**

**PROCEDIMIENTO D6101
DESBRIDAMIENTO DE UN**

DEFECTO DE PERIIMPLANTE Y LIMPIEZA DE SUPERFICIE EXPUESTA DEL IMPLANTE, INCLUIDA LA ENTRADA Y EL CIERRE DEL COLGAJO

Este procedimiento no es un beneficio.

PROCEDIMIENTO D6102 DESBRIDAMIENTO Y CONTORNEADO ÓSEO DE UN DEFECTO DE PERIIMPLANTE; INCLUYE LIMPIEZA DE LA SUPERFICIE EXPUESTA DEL IMPLANTE Y ENTRADA Y CIERRE DEL COLGAJO

Este procedimiento no es un beneficio.

PROCEDIMIENTO D6103 INJERTO ÓSEO PARA REPARACIÓN DE DEFECTO DE PERIIMPLANTE: NO SE INCLUYE ENTRADA Y CIERRE DEL COLGAJO O, CUANDO SE INDICA, COLOCACIÓN DE UNA MEMBRANA DE BARRERA O MATERIALES BIOLÓGICOS PARA AYUDAR A LA REGENERACIÓN ÓSEA

Este procedimiento no es un beneficio.

PROCEDIMIENTO D6104 INJERTO ÓSEO AL MOMENTO DE LA COLOCACIÓN DEL IMPLANTE

Este procedimiento no es un beneficio.

PROCEDIMIENTO D6190 ÍNDICE DE IMPLANTE QUIRÚRGICO O RADIOGRÁFICO, POR INFORME

Este procedimiento está incluido en el cargo por colocación quirúrgica de

cuerpo de implante: implante endóatico (D6010).

PROCEDIMIENTO D6194 CORONA RETENEDORA APOYADA EN UN SOPORTE PARA FPD (TITANIO)

Consulte el criterio del Procedimiento D6010.

PROCEDIMIENTO D6199 PROCEDIMIENTO DE IMPLANTE NO ESPECIFICADO, POR INFORME

1. Los servicios de implantes son un beneficio solo cuando se registran afecciones médicas excepcionales, y debe corroborarse su necesidad médica.
2. Radiografías.

Políticas generales de prostodoncia fija (D6200-D6999)

- a. Las prótesis dentales parciales fijas (puentes) se consideran fuera del alcance del plan. Sin embargo, se considerará la autorización previa de la fabricación de una prótesis dental parcial fija solo cuando afecciones médicas o el empleo impidan el uso de una prótesis dental parcial extraíble. Lo más importante es que el paciente primero debe cumplir con los criterios para una prótesis dental parcial extraíble antes de que se considere una prótesis dental parcial fija.
- b. Las afecciones médicas que impiden el uso de una prótesis dental parcial extraíble incluyen las siguientes:
 - i) Pacientes epilépticos, cuando una prótesis dental parcial extraíble podría ser perjudicial para su salud durante una convulsión no controlada.
 - ii) Pacientes con paraplejia que usan un puntero bucal para sus actividades en cierto grado y cuando no puede usarse un puntero bucal debido a la falta de los dientes naturales.
 - iii) Los pacientes con trastornos neurológicos cuya habilidad manual impide el cuidado y el mantenimiento adecuado de una prótesis dental parcial extraíble.
- c. Las prótesis dentales parciales fijas son un beneficio una vez por período de cinco años solo en dientes permanentes cuando se cumplen los criterios mencionados anteriormente.
- d. Las prótesis dentales parciales fijas no son un beneficio cuando el pronóstico del diente retenedor (soporte) es cuestionable debido a la incapacidad de restaurarlo o a la implicación periodontal.
- e. Las prótesis dentales fijas posteriores no son un beneficio cuando la cantidad de dientes faltantes en el cuadrante cuyo reemplazo se solicita no afecta de manera considerable la capacidad masticatoria del paciente.
- f. La preparación del diente y del tejido blando, el alargamiento de la corona, las bases de cemento, el recubrimiento pulpar directo e indirecto, las reconstrucciones acrílicas o de amalgama, los pernos (D2951), los agentes de fijación, los agentes de recubrimiento, las impresiones, las coronas temporales, los ajustes (D9951), el pulido, la anestesia local (D9210), y cualquier otro procedimiento relacionado están incluidos en el cargo por una prótesis dental parcial fija.
- g. Los retenedores de recubrimiento o incrustación (soportes) de una prótesis dental parcial fija (D6545-D6634) no son un beneficio.
- h. Las prótesis dentales parciales fijas unificadas de resina (puentes de Maryland) no son un beneficio.

Procedimientos de prostodoncia fija (D6200-D6999)

PROCEDIMIENTO D6211 DIENTE ARTIFICIAL: METAL BÁSICO PREDOMINANTE FUNDIDO

1. Beneficio:
 - a. Una vez por período de cinco años.
 - b. Solo cuando se cumple con los criterios de una prótesis dental parcial de resina o de metal fundido (D5211, D5212, D5213 y D5214).
 - c. Solo cuando se factura en la misma fecha de servicio con los retenedores (soportes) de una prótesis dental parcial fija (D6721, D6740, D6751, D6781, D6783 y D6791).
2. No es un beneficio para pacientes menores de 13 años.

PROCEDIMIENTO D6241 DIENTE ARTIFICIAL: PORCELANA FUNDIDA CON METAL BÁSICO PREDOMINANTE

1. Beneficio:
 - a. Una vez por período de cinco años.
 - b. Solo cuando se cumple con los criterios de una prótesis dental parcial de resina o de metal fundido (D5211, D5212, D5213 y D5214).
2. No es un beneficio para pacientes menores de 13 años.

- c. Solo cuando se factura en la misma fecha de servicio con los retenedores (soportes) de una prótesis dental parcial fija (D6721, D6740, D6751, D6781, D6783 y D6791).
2. No es un beneficio para pacientes menores de 13 años.

PROCEDIMIENTO D6242 DIENTE ARTIFICIAL: PORCELANA FUNDIDA CON METAL NOBLE

Este procedimiento no es un beneficio.

PROCEDIMIENTO D6245 DIENTE ARTIFICIAL: PORCELANA O CERÁMICA

1. Beneficio:
 - a. Una vez por período de cinco años.
 - b. Solo cuando se cumple con los criterios de una prótesis dental parcial de resina o de metal fundido (D5211, D5212, D5213 y D5214).
2. No es un beneficio para pacientes menores de 13 años.

2. No es un beneficio para pacientes menores de 13 años.

PROCEDIMIENTO D6251 DIENTE ARTIFICIAL: RESINA CON METAL BÁSICO PREDOMINANTE

1. Beneficio:
 - a. Una vez por período de cinco años.
 - b. Solo cuando se cumple con los criterios de una prótesis dental parcial de resina o de metal fundido (D5211, D5212, D5213 y D5214).
 - c. Solo cuando se factura en la misma fecha de servicio con los retenedores (soportes) de una prótesis dental parcial fija (D6721, D6740, D6751, D6781, D6783 y D6791).
2. No es un beneficio para pacientes menores de 13 años.

PROCEDIMIENTO D6721 CORONA: RESINA CON METAL BÁSICO PREDOMINANTE

1. Beneficio:

- a. Una vez por período de cinco años.
 - b. Solo cuando se cumple con los criterios de una prótesis dental parcial de resina o de metal fundido (D5211, D5212, D5213 y D5214).
2. No es un beneficio para pacientes menores de 13 años.

cumple con los criterios de una prótesis dental parcial de resina o de metal fundido (D5211, D5212, D5213 y D5214).

2. No es un beneficio para pacientes menores de 13 años.

**PROCEDIMIENTO D6781
CORONA: ¾ DE METAL
BÁSICO PREDOMINANTE
FUNDIDO**

1. Beneficio:
- a. Una vez por período de cinco años.
 - b. Solo cuando se cumple con los criterios de una prótesis dental parcial de resina o de metal fundido (D5211, D5212, D5213 y D5214).
2. No es un beneficio para pacientes menores de 13 años.

**PROCEDIMIENTO D6783
CORONA: ¾ DE
PORCELANA O CERÁMICA**

1. Requiere un código de diente.
2. Beneficio:
- a. Una vez por período de cinco años.
 - b. Solo cuando se cumple con los criterios de una prótesis dental parcial de resina o de metal fundido (D5211, D5212, D5213 y D5214).

3. No es un beneficio para pacientes menores de 13 años.

**PROCEDIMIENTO D6791
CORONA: METAL BÁSICO
PREDOMINANTE FUNDIDO
EN SU TOTALIDAD**

1. Beneficio:
- a. Una vez por período de cinco años.
 - b. Solo cuando se cumple con los criterios de una prótesis dental parcial de resina o de metal fundido (D5211, D5212, D5213 y D5214).
2. No es un beneficio para pacientes menores de 13 años.

**PROCEDIMIENTO
D6930
RECEMENTACIÓN
PRÓTESIS DENTAL
PARCIAL FIJA**

El proveedor original es responsable por todas las recementaciones.

**PROCEDIMIENTO D6980
REPARACIÓN DE
PRÓTESIS DENTAL
PARCIAL FIJA,
NECESARIA POR FALLA
DEL MATERIAL DE
RESTAURACIÓN**

No es un beneficio dentro de los 12 meses de la colocación inicial o de una reparación previa realizada por el mismo proveedor.

**PROCEDIMIENTO D6999
PROCEDIMIENTO DE
PROSTODONCIA FIJA NO
ESPECIFICADO, POR
INFORME**

1. No es un beneficio dentro de los 12 meses

**PROCEDIMIENTO
D6740 CORONA:
PORCELANA O
CERÁMICA**

1. Beneficio:
- a. Una vez por período de cinco años.
 - b. Solo cuando se cumple con los criterios de una prótesis dental parcial de resina o de metal fundido (D5211, D5212, D5213 y D5214).
2. No es un beneficio para pacientes menores de 13 años.

**PROCEDIMIENTO
D6751 CORONA:
PORCELANA
FUNDIDA CON
METAL BÁSICO
PREDOMINANTE**

1. Beneficio:
- a. Una vez por período de cinco años.
 - a. Solo cuando se

de la colocación inicial realizada por el mismo proveedor.

2. Se usará el procedimiento D6999 en los siguientes casos:
 - a. Para procedimientos que no estén descritos adecuadamente por un código de Terminología Odontológica Actual (Current Dental Terminology, CDT).
 - b. Para procedimientos con un código de CDT que no sean beneficios, pero que el paciente tenga una afección médica excepcional que justifique la necesidad médica. La documentación debe incluir la afección médica y el código de CDT específico relacionado con el tratamiento.

Políticas generales de cirugía bucal y maxilofacial (D7000-D7999)

- a) La anestesia local, las suturas y la atención posoperatoria de rutina dentro de los 30 días posteriores a un procedimiento de extracción (D7111-D7250) se consideran parte del cargo por el procedimiento y están incluidos en este. Todos los demás procedimientos de cirugía maxilofacial incluyen atención posoperatoria de rutina durante 90 días.
- b) El nivel de pago para procedimientos quirúrgicos múltiples realizados en la misma fecha de servicio se modificará al procedimiento más inclusivo.

1. Extracciones (D7111-D7250):

- a) Las siguientes afecciones se considerarán necesarias desde el punto de vista médico y serán un beneficio:
 - i) Dientes supernumerarios completamente óseos impactados o dientes mesiodens que interfieran con la alineación de los demás dientes.
 - ii) Dientes involucrados con un quiste, tumor u otra neoplasia.
 - iii) Dientes retenidos que distorsionen gravemente el alineamiento normal de los dientes que han brotado o que causen la reabsorción de las raíces de otros dientes.
 - iv) La extracción de todos los demás dientes en la preparación para la colocación de una prótesis completa.
 - v) Extracción de terceros molares que causan pericoronitis frecuente o crónica.
 - vi) Extracción de dientes primarios necesaria para minimizar la maloclusión o el desalineamiento cuando existe el espacio adecuado para permitir el brote normal de los dientes sucesores.
 - vii) Patología radiológica perceptible que no provoca síntomas.
 - viii) Extracciones necesarias para realizar servicios dentales de ortodoncia, no se incluye la extracción profiláctica de terceros molares.
 - ix) Cuando el pronóstico del diente es cuestionable debido a la incapacidad de restaurarlo o a la implicación periodontal.
- b. La extracción profiláctica de los 3.ros molares no es un beneficio.
- c) El cargo por las extracciones quirúrgicas incluye la extracción del hueso y/o sección del diente, y la elevación del colgajo mucoperiosteal si se indica.
- d) La clasificación de las extracciones quirúrgicas y los dientes impactados se basará en la posición anatómica del diente en lugar de basarse en la técnica quirúrgica empleada en la extracción.

2. Fracturas (D7610-D7780):

- a) La colocación y extracción de alambres, bandas o entablillados se incluye en el cargo por el procedimiento relacionado.
- b) La atención posoperatoria de rutina dentro de los 90 días se incluye en el cargo por el procedimiento relacionado.
- c) Cuando se realizan procedimientos múltiples o bilaterales considerables en la misma sesión de operación, cada procedimiento se valorará de la siguiente manera:
 - i) 100 % (valor total) para el primer procedimiento o el procedimiento principal.
 - ii) 50 % para el segundo procedimiento.
 - iii) 25 % para el tercer procedimiento.

- iv) 10 % para el cuarto procedimiento.
- v) 5 % para el quinto procedimiento.
- vi) Más de cinco procedimientos, por informe.

3. Disfunciones de la articulación temporomandibular (D7810-D7899):

- a) Los procedimientos para las disfunciones de la articulación temporomandibular (Temporomandibular Joint, TMJ) se limitan a los diagnósticos diferenciales y a la atención de los síntomas. No se incluye como beneficio a las modalidades de tratamiento de la TMJ que implican prostodoncia, ortodoncia y rehabilitación oclusal parcial o completa.
- b) La mayoría de los procedimientos para las disfunciones de la TMJ requieren autorización previa. Se requiere la presentación de información de diagnóstico suficiente para establecer la presencia de la disfunción. Consulte los procedimientos individuales para conocer los requisitos específicos de presentación.
- c) Los procedimientos para la disfunción de la TMJ solo para el tratamiento de bruxismo no son un beneficio.

4. Procedimientos de reparación (D7910-D7998):

Los procedimientos de sutura (D7910, D7911 y D7912) no son un beneficio para el cierre de incisiones quirúrgicas.

Procedimientos de cirugía bucal y maxilofacial (D7000-D7999)

PROCEDIMIENTO D7111 EXTRACCIÓN, RESTOS CORONALES: DIENTE DECIDUO

No es un beneficio para dientes asintomáticos.

PROCEDIMIENTO D7140 EXTRACCIÓN, DIENTE BROTADO O RAÍZ EXPUESTA (ELEVACIÓN Y/O EXTRACCIÓN CON FÓRCEPS)

No es un beneficio para el mismo proveedor que realizó la extracción dental inicial.

PROCEDIMIENTO D7210 EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA DEL DIENTE BROTADO QUE REQUIERE EXTRACCIÓN DEL HUESO Y/O SECCIÓN DEL DIENTE, E INCLUYE ELEVACIÓN DEL COLGAJO MUCOPERIOSTEAL SI SE INDICA

Es un beneficio cuando la extracción de cualquier diente brotado requiere la elevación de un colgajo mucoperiosteal y la extracción de una cantidad considerable de hueso alveolar o la sección del diente.

PROCEDIMIENTO D7220 EXTRACCIÓN DE DIENTE IMPACTADO: TEJIDO BLANDO

Es un beneficio cuando la parte principal de toda la superficie oclusal está cubierta por tejido blando mucogingival.

PROCEDIMIENTO D7230 EXTRACCIÓN DE DIENTE IMPACTADO - PARCIALMENTE ÓSEO

Es un beneficio cuando la extracción de cualquier diente impactado requiere la elevación de un colgajo mucoperiosteal y la extracción de una cantidad considerable de hueso alveolar. Una de las alturas proximales del contorno de la corona debe estar cubierta con hueso.

PROCEDIMIENTO D7240 EXTRACCIÓN DE DIENTE IMPACTADO - COMPLETAMENTE ÓSEO

Beneficio cuando la extracción de cualquier diente impactado requiere la elevación de un colgajo mucoperiosteal y la extracción de una cantidad considerable de hueso alveolar que cubre la mayor parte o la totalidad de la corona.

PROCEDIMIENTO D7241 EXTRACCIÓN DE DIENTE IMPACTADO: COMPLETAMENTE ÓSEO, CON COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS NO HABITUALES

Es un beneficio cuando la extracción de cualquier diente impactado requiere la elevación de un colgajo mucoperiosteal y la extracción de una

cantidad considerable de hueso alveolar que cubre la mayor parte o la totalidad de la corona. Las dificultades o complicaciones deben ser causadas por factores como la disección nerviosa o la posición anormal de los dientes.

PROCEDIMIENTO D7250 EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA DE RAÍCES DE DIENTES RESIDUALES (PROCEDIMIENTO DE CORTE)

Beneficio cuando la raíz está completamente cubierta por hueso alveolar.

No es un beneficio para el mismo proveedor que realizó la extracción dental inicial.

PROCEDIMIENTO D7251 CORONECTOMIA: EXTRACCIÓN DENTAL PARCIAL INTENCIONAL

Este procedimiento no es un beneficio.

PROCEDIMIENTO D7260 CIERRE DE LA FÍSTULA OROANTRAL

1. Beneficio para la escisión de un tracto fistuloso entre el seno maxilar y la cavidad bucal.
2. No es un beneficio en conjunto con procedimientos de extracción (D7111, D7250).

PROCEDIMIENTO D7261 CIERRE PRINCIPAL DE UNA PERFORACIÓN SINUSAL

Beneficio en ausencia de un tracto fistuloso que requiere la reparación o el cierre inmediato de la comunicación oroantral u oronasal, posterior a la extracción de un diente.

**PROCEDIMIENTO D7270
REIMPLANTE DE DIENTE Y/O
ESTABILIZACIÓN DE DIENTE
ACCIDENTALMENTE EXTRAÍDO
O DESPLAZADO**

1. Beneficio:
 - a. Una vez por arco, independientemente de la cantidad de dientes implicados.
 - b. Solo para dientes permanentes anteriores.
2. El procedimiento incluye el entablillado o la estabilización, la atención posoperatoria y la extracción del entablillado o la estabilización, por parte del mismo proveedor.

**PROCEDIMIENTO D7272
TRASPLANTE DE DIENTE
(INCLUYE EL REIMPLANTE
DE UN SITIO A OTRO Y EL
ENTABLILLADO O LA
ESTABILIZACIÓN)**

Este procedimiento no es un beneficio.

**PROCEDIMIENTO D7280
ACCESO QUIRÚRGICO DE UN
DIENTE NO BROTADO**

1. Requiere un código de diente.
2. No son un beneficio:
 - a. Para pacientes de 19 años o más.
 - b. Para 3.ros molares.

**PROCEDIMIENTO D7282
MOVILIZACIÓN DE
DIENTE BROTADO O
MAL POSICIONADO
PARA AYUDAR A SU
BROTE**

Este procedimiento no

es un beneficio.

**PROCEDIMIENTO
D7283 COLOCACIÓN
DEL DISPOSITIVO
PARA FACILITAR EL
BROTE DEL DIENTE
IMPACTADO**

1. Beneficio solo para pacientes en tratamiento activo de ortodoncia.
2. No son un beneficio:
 - a. Para pacientes de 19 años o más.
 - b. Para 3.ros molares a menos que el 3.er molar ocupe la posición del 1.er o 2.do molar.

**PROCEDIMIENTO D7285
BIOPSIA DEL TEJIDO
BUCAL: DURO (HUESO,
DIENTE)**

1. Beneficio:
 - a. Solo para la extracción de la muestra.
 - b. Una vez por arco, por fecha de servicio independientemente de las áreas implicadas.
2. No es un beneficio con una apicectomía o cirugía perirradicular (D3410-D3426), una extracción (D7111-D7250) y una escisión de cualquier tejido blando o lesión intraósea (D7410-D7461) en la misma área o región, en la misma fecha de servicio.

**PROCEDIMIENTO D7286
BIOPSIA DE TEJIDO BUCAL:
BLANDO**

1. Beneficio:
 - a. Solo para la extracción de la muestra.
 - b. Máximo de hasta tres por fecha de servicio.
2. No es un beneficio con una apicectomía o cirugía perirradicular (D3410-D3426), una extracción (D7111-D7250) y una escisión de cualquier tejido blando o lesión intraósea (D7410-D7461) en la misma área o región en la misma fecha de servicio.

**PROCEDIMIENTO D7290
REPOSICIONAMIENTO
QUIRÚRGICO DE DIENTES**

1. Se requiere un código de arco.
2. Beneficio:
 - a. Solo para dientes permanentes.
 - b. Una vez por arco.
 - c. Solo para pacientes en tratamiento activo de ortodoncia.
3. No son un beneficio:
 - a. Para pacientes de 19 años o más.
 - b. Para 3.ros molares a menos que el 3.er molar ocupe la posición del 1.er o 2.do molar.

**PROCEDIMIENTO D7291
FIBROTOMÍA
TRANSEPTAL/SUPRACRESTAL,
POR INFORME**

1. Beneficio:
 - a. Una vez por arco.
 - b. Solo para pacientes en tratamiento activo de ortodoncia.

2. No es un beneficio para pacientes de 19 años o más.

**PROCEDIMIENTO D7310
ALVEOLOPLASTIA EN
CONJUNTO CON
EXTRACCIONES: CUATRO O
MÁS DIENTES O ESPACIOS
DE LOS DIENTES, POR
CUADRANTE**

1. Beneficio en la misma fecha de servicio con dos o más extracciones (D7140-D7250) en el mismo cuadrante.
2. No es un beneficio cuando se extrae solo un diente en el mismo cuadrante en la misma fecha de servicio.

**PROCEDIMIENTO D7311
ALVEOLOPLASTIA EN
CONJUNTO CON
EXTRACCIONES: UNO A TRES
DIENTES O ESPACIOS DE LOS
DIENTES, POR CUADRANTE**

Este procedimiento solo puede realizarse en conjunto con extracciones: cuatro o más dientes o espacios de los dientes, por cuadrante (D7310).

**PROCEDIMIENTO D7320
ALVEOLOPLASTIA NO EN
CONJUNTO CON
EXTRACCIONES: CUATRO O
MÁS DIENTES O ESPACIOS DE
LOS DIENTES, POR
CUADRANTE**

1. Es un beneficio independientemente de la cantidad de dientes o espacios de los dientes.
2. No es un beneficio dentro de los seis meses posteriores a las extracciones (D7140-D7250) en el mismo cuadrante, con el mismo proveedor.

**PROCEDIMIENTO D7321
ALVEOLOPLASTIA NO EN**

**CONJUNTO CON
EXTRACCIONES: UNO A TRES
DIENTES O ESPACIOS DE LOS
DIENTES, POR CUADRANTE**

Este procedimiento solo puede facturarse como alveoloplastia no en conjunto con extracciones: cuatro o más dientes o espacios de los dientes, por cuadrante (D7320).

**PROCEDIMIENTO D7340
VESTIBULOPLASTIA:
EXTENSIÓN DE BORDE
ALVEOLAR
(EPITELIZACIÓN
SECUNDARIA)**

1. Beneficio una vez por período de cinco años, por arco.
2. No son un beneficio:
 - a. En la misma fecha de servicio que una vestibuloplastia: extensión de borde alveolar (D7350) en el mismo arco.
 - b. En la misma fecha de servicio que las extracciones (D7111-D7250) en el mismo arco.

**PROCEDIMIENTO D7350
VESTIBULOPLASTIA:
EXTENSIÓN DEL BORDE
ALVEOLAR (INCLUIDOS
INJERTOS DE TEJIDO
BLANDO,
RECOLOCACIÓN DE
MÚSCULO, REVISIÓN DE
COLOCACIÓN DEL
TEJIDO BLANDO Y
CONTROL DEL TEJIDO
CON HIPERTROFIA E
HIPERPLASIA)**

1. Beneficio una vez por arco.
2. No son un beneficio:
 - a. En la misma fecha de

servicio que una vestibuloplastia: extensión de borde alveolar (D7340) en el mismo arco.

- b. En la misma fecha de servicio que las extracciones (D7111-D7250) en el mismo arco.

**PROCEDIMIENTO D7410
ESCISIÓN DE LESIÓN
BENIGNA HASTA 1.25 CM**

Se requiere un informe de patología de un laboratorio de patología certificado.

**PROCEDIMIENTO D7411
ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA
MAYOR DE 1.25 CM**

1. Se requiere un informe de patología de un laboratorio de patología certificado.

**PROCEDIMIENTO D7412 ESCISIÓN
DE LESIÓN BENIGNA,
COMPLICADA**

1. Se requiere un informe de patología de un laboratorio de patología certificado.
2. Es un beneficio cuando hay amplio debilitamiento con avance o cierre del colgajo rotacional.

**PROCEDIMIENTO D7413
ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA
HASTA 1.25 CM**

1. Se requiere un informe de patología de un laboratorio de patología certificado.

**PROCEDIMIENTO D7414
ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA
MAYOR DE 1.25 CM**

Se requiere un informe de patología de un laboratorio de patología certificado.

**PROCEDIMIENTO D7415 ESCISIÓN
DE LESIÓN MALIGNA,
COMPLICADA**

1. Se requiere un informe de patología de un laboratorio

de patología certificado.

2. Es un beneficio cuando hay amplio debilitamiento con avance o cierre del colgajo rotacional.

**PROCEDIMIENTO D7440
ESCISIÓN DE TUMOR
MALIGNO: DIÁMETRO DE LA
LESIÓN HASTA 1.25 CM**

Se requiere un informe de patología de un laboratorio de patología certificado.

**PROCEDIMIENTO D7441
ESCISIÓN DE TUMOR
MALIGNO: DIÁMETRO DE
LA LESIÓN MAYOR DE
1.25 CM**

Se requiere un informe de patología de un laboratorio de patología certificado.

**PROCEDIMIENTO D7450
EXTRACCIÓN DE QUISTE O
TUMOR ODONTOGÉNICO
BENIGNO: DIÁMETRO DE LA
LESIÓN HASTA 1.25 CM**

Se requiere un informe de patología de un laboratorio de patología certificado.

**PROCEDIMIENTO D7451
EXTRACCIÓN DE QUISTE O
TUMOR ODONTOGÉNICO
BENIGNO: DIÁMETRO DE LA
LESIÓN MAYOR DE 1.25 CM**

Se requiere un informe de patología de un laboratorio de patología certificado.

**PROCEDIMIENTO D7460
EXTRACCIÓN DE QUISTE O
TUMOR NO ODONTOGÉNICO
BENIGNO: DIÁMETRO DE LA
LESIÓN HASTA 1.25 CM**

1. Se requiere un informe de patología de un laboratorio de patología certificado.

**PROCEDIMIENTO D7461
EXTRACCIÓN DE QUISTE O
TUMOR NO ODONTOGÉNICO
BENIGNO: DIÁMETRO DE LA
LESIÓN MAYOR DE 1.25 CM**

Se requiere un informe de patología de un laboratorio de patología certificado.

**PROCEDIMIENTO D7465
DESTRUCCIÓN DE LESIÓN
POR MÉTODOS FÍSICOS O
QUÍMICOS, POR INFORME**

**PROCEDIMIENTO D7471
EXTRACCIÓN DE EXOSTOSIS
LATERAL (MAXILAR O
MANDIBULAR)**

1. Beneficio:
 - a. Una vez por cuadrante.
 - b. Solo para la extracción de exostosis bucal o facial.

**PROCEDIMIENTO D7472
EXTRACCIÓN DE TORUS
PALATINUS**

1. Beneficio una vez de por vida para el paciente.

**PROCEDIMIENTO D7473
EXTRACCIÓN DE TORUS
MANDIBULARIS**

1. Beneficio una vez por cuadrante.

**PROCEDIMIENTO D7485
REDUCCIÓN QUIRÚRGICA
DE TUBEROSIDAD ÓSEA**

1. Beneficio una vez por cuadrante.

**PROCEDIMIENTO D7490
RESECCIÓN RADICAL DE
MAXILAR O MANDÍBULA**

**PROCEDIMIENTO D7510
INCISIÓN Y DRENAJE DE
ABSCESOS: TEJIDO BLANDO
INTRABUCAL**

1. Beneficio una vez por cuadrante, misma fecha de servicio.
2. No es un beneficio cuando se realiza cualquier otro tratamiento definitivo en el mismo cuadrante en la misma fecha de servicio, excepto las radiografías y fotografías necesarias.

Este procedimiento incluye la incisión, la colocación y la extracción de un dispositivo de drenaje quirúrgico.

**PROCEDIMIENTO D7511
INCISIÓN Y DRENAJE DE
ABSCESO: TEJIDO BLANDO
INTRABUCAL, COMPLICADO
(SE INCLUYE EL DRENAJE DE
MÚLTIPLES ESPACIOS
FACIALES)**

1. Beneficio una vez por cuadrante, misma fecha de servicio.
2. No es un beneficio cuando se realiza cualquier otro tratamiento definitivo en el mismo cuadrante en la misma fecha de servicio, excepto las radiografías y fotografías necesarias.
3. Este procedimiento incluye la incisión, la colocación y la extracción de un dispositivo de drenaje quirúrgico.

**PROCEDIMIENTO D7520
INCISIÓN Y DRENAJE DE
ABSCESOS: TEJIDO BLANDO
EXTRABUCAL**

1. Este procedimiento incluye la incisión, la colocación y la extracción de un dispositivo de drenaje quirúrgico.

**PROCEDIMIENTO D7521
INCISIÓN Y DRENAJE DE
ABSCESO: TEJIDO
BLANDO EXTRABUCAL,
COMPLICADO (SE
INCLUYE EL DRENAJE DE
MÚLTIPLES ESPACIOS
FACIALES)**

1. Este procedimiento incluye la incisión, la colocación y la extracción de un dispositivo de drenaje quirúrgico.

**PROCEDIMIENTO D7530
EXTRACCIÓN DE CUERPO
EXTRAÑO DE MUCOSA,
PIEL O TEJIDO ALVEOLAR
SUBCUTÁNEO**

1. Beneficio una vez por fecha de servicio.
2. No es un beneficio cuando se relaciona con la extracción de un tumor, quiste (D7440-D7461) o diente (D7111-D7250).

**PROCEDIMIENTO D7540
EXTRACCIÓN DE REACCIÓN
QUE PRODUCE CUERPOS
EXTRAÑOS, SISTEMA
MUSCULOESQUELÉTICO**

1. Beneficio una vez por fecha de servicio.
2. No es un beneficio cuando se relaciona con la extracción de un tumor, quiste (D7440-D7461) o diente (D7111-D7250).

**PROCEDIMIENTO D7550
SECUESTRECTOMÍA/OSTECTO
MÍA PARCIAL PARA
EXTRACCIÓN DE HUESO NO
VITAL**

1. Beneficio:
 - a. Una vez por cuadrante, por fecha de servicio.

- b. Solo para la extracción de hueso muerto suelto o desprendido causado por una infección o un suministro sanguíneo reducido.

2. No es un beneficio dentro de los 30 días de una extracción relacionada (D7111-D7250).

**PROCEDIMIENTO D7560
SINUSOTOMÍA MAXILAR PARA
LA EXTRACCIÓN DE UN
FRAGMENTO DE DIENTE O
CUERPO EXTRAÑO**

1. No es un beneficio cuando un fragmento de diente o un cuerpo extraño se retira del alveolo del diente.

**PROCEDIMIENTO D7610
MAXILAR: REDUCCIÓN
ABIERTA (DIENTES
INMOVILIZADOS, SI ESTÁN
PRESENTES)**

1. Este procedimiento incluye la colocación y la extracción de alambres, bandas, entablillados y barras en arco.
2. El procedimiento de anestesia (D9248) es un beneficio independiente cuando es necesario para la extracción quirúrgica de alambres, bandas, entablillados o barras en arco.

**PROCEDIMIENTO D7620
MAXILAR: REDUCCIÓN
CERRADA (DIENTES
INMOVILIZADOS, SI ESTÁN
PRESENTES)**

2. Este procedimiento incluye la colocación y la extracción de alambres, bandas, entablillados y barras en arco.

1. El procedimiento de anestesia (D9248) es un

beneficio independiente cuando es necesario para la extracción quirúrgica de alambres, bandas, entablillados o barras en arco.

**PROCEDIMIENTO D7630
MANDÍBULA: REDUCCIÓN
ABIERTA (DIENTES
INMOVILIZADOS, SI ESTÁN
PRESENTES)**

1. Este procedimiento incluye la colocación y la extracción de alambres, bandas, entablillados y barras en arco.
2. El procedimiento de anestesia (D9248) es un beneficio independiente cuando es necesario para la extracción quirúrgica de alambres, bandas, entablillados o barras en arco.

**PROCEDIMIENTO D7640
MANDÍBULA: REDUCCIÓN
CERRADA (DIENTES
INMOVILIZADOS, SI ESTÁN
PRESENTES)**

1. Este procedimiento incluye la colocación y la extracción de alambres, bandas, entablillados y barras en arco.
2. El procedimiento de anestesia (D9248) es un beneficio independiente cuando es necesario para la extracción quirúrgica de alambres, bandas, entablillados o barras en arco.

**PROCEDIMIENTO D7650
ARCO CIGOMÁTICO O
MAXILAR: REDUCCIÓN ABIERTA**

1. Este procedimiento incluye la colocación y la extracción de alambres, bandas, entablillados y barras en arco.
2. El procedimiento de

anestesia (D9248) es un beneficio independiente cuando es necesario para la extracción quirúrgica de alambres, bandas, entablillados o barras en arco.

**PROCEDIMIENTO D7660
ARCO CIGOMÁTICO O
MAXILAR: REDUCCIÓN
CERRADA**

Este procedimiento incluye la colocación y la extracción de alambres, bandas, entablillados y barras en arco.

1. Los procedimientos de anestesia (D9220-D9248) son beneficios independientes cuando son necesarios para la extracción quirúrgica de alambres, bandas, entablillados o barras en arco.

**PROCEDIMIENTO D7670
ALVÉOLO: REDUCCIÓN
CERRADA, PUEDE INCLUIR
ESTABILIZACIÓN DEL
DIENTE**

1. Este procedimiento incluye la colocación y la extracción de alambres, bandas, entablillados y barras en arco.
2. El procedimiento de anestesia (D9248) es un beneficio independiente cuando es necesario para la extracción quirúrgica de alambres, bandas, entablillados o barras en arco.

**PROCEDIMIENTO D7671
ALVÉOLO: REDUCCIÓN
ABIERTA, PUEDE INCLUIR**

**ESTABILIZACIÓN DEL
DIENTE**

1. Este procedimiento incluye la colocación y la extracción de alambres, bandas, entablillados y barras en arco.
2. El procedimiento de anestesia (D9248) es un beneficio independiente cuando es necesario para la extracción quirúrgica de alambres, bandas, entablillados o barras en arco.

**PROCEDIMIENTO D7680
HUESOS FACIALES:
REDUCCIÓN COMPLICADA
CON FIJACIÓN Y
MÚLTIPLES ENFOQUES
QUIRÚRGICOS**

1. Beneficio para el tratamiento de fracturas simples.
2. Este procedimiento incluye la colocación y la extracción de alambres, bandas, entablillados y barras en arco.
3. El procedimiento de anestesia (D9248) es un beneficio independiente cuando es necesario para la extracción quirúrgica de alambres, bandas, entablillados o barras en arco.

**PROCEDIMIENTO D7710
MAXILAR: REDUCCIÓN
ABIERTA**

1. Este procedimiento incluye la colocación y la extracción de alambres, bandas, entablillados y barras en arco.
2. El procedimiento de anestesia (D9248) es un beneficio independiente

cuando es necesario para la extracción quirúrgica de alambres, bandas, entablillados o barras en arco.

**PROCEDIMIENTO D7720
MAXILAR: REDUCCIÓN CERRADA**

1. Este procedimiento incluye la colocación y la extracción de alambres, bandas, entablillados y barras en arco.
2. El procedimiento de anestesia (D9248) es un beneficio independiente cuando es necesario para la extracción quirúrgica de alambres, bandas, entablillados o barras en arco.

**PROCEDIMIENTO D7730
MANDÍBULA: REDUCCIÓN ABIERTA**

1. Este procedimiento incluye la colocación y la extracción de alambres, bandas, entablillados y barras en arco.
2. El procedimiento de anestesia (D9248) es un beneficio independiente cuando es necesario para la extracción quirúrgica de alambres, bandas, entablillados o barras en arco.

**PROCEDIMIENTO D7740
MANDÍBULA: REDUCCIÓN
CERRADA**

1. Este procedimiento incluye la colocación y la extracción de alambres, bandas, entablillados y barras en arco.
2. El procedimiento de anestesia (D9248) es un beneficio independiente cuando es necesario para la extracción quirúrgica de alambres, bandas, entablillados o barras en arco.

**PROCEDIMIENTO D7750
ARCO CIGOMÁTICO O**

MALAR: REDUCCIÓN ABIERTA

1. Este procedimiento incluye la colocación y la extracción de alambres, bandas, entablillados y barras en arco.
2. El procedimiento de anestesia (D9248) es un beneficio independiente cuando es necesario para la extracción quirúrgica de alambres, bandas, entablillados o barras en arco.

PROCEDIMIENTO D7760 ARCO CIGOMÁTICO O MALAR: REDUCCIÓN CERRADA

1. Este procedimiento incluye la colocación y la extracción de alambres, bandas, entablillados y barras en arco.
2. El procedimiento de anestesia (D9248) es un beneficio independiente cuando es necesario para la extracción quirúrgica de alambres, bandas, entablillados o barras en arco.

PROCEDIMIENTO D7770 ALVÉOLO: REDUCCIÓN ABIERTA CON ESTABILIZACIÓN DEL DIENTE

1. Este procedimiento incluye la colocación y la extracción de alambres, bandas, entablillados y barras

en arco.

2. El procedimiento de anestesia (D9248) es un beneficio independiente cuando es necesario para la extracción quirúrgica de alambres, bandas, entablillados o barras en arco.

PROCEDIMIENTO D7771 ALVÉOLO: REDUCCIÓN CERRADA CON ESTABILIZACIÓN DEL DIENTE

1. Este procedimiento incluye la colocación y la extracción de alambres, bandas, entablillados y barras en arco.
2. El procedimiento de anestesia (D9248) es un beneficio independiente cuando es necesario para la extracción quirúrgica de alambres, bandas, entablillados o barras en arco.

PROCEDIMIENTO D7780 HUESOS FACIALES: REDUCCIÓN COMPLICADA CON FIJACIÓN Y MÚLTIPLES ENFOQUES QUIRÚRGICOS

1. Beneficio para el tratamiento de fracturas compuestas.
2. Este procedimiento incluye la colocación y la extracción de alambres, bandas, entablillados y barras en arco.
3. El procedimiento de anestesia (D9248) es un beneficio independiente cuando es necesario para la extracción quirúrgica

de alambres, bandas, entablillados o barras en arco.

PROCEDIMIENTO D7810 REDUCCIÓN ABIERTA DE DISLOCACIÓN

PROCEDIMIENTO D7820 REDUCCIÓN CERRADA DE DISLOCACIÓN

PROCEDIMIENTO D7830 MANIPULACIÓN BAJO ANESTESIA

1. Los procedimientos de anestesia (D9248) son un beneficio independiente, cuando son necesarios.

PROCEDIMIENTO D7840 CONDILECTOMÍA

PROCEDIMIENTO D7850 DISCECTOMÍA QUIRÚRGICA, CON O SIN IMPLANTE

PROCEDIMIENTO D7852 REPARACIÓN DE DISCO

PROCEDIMIENTO D7854 SINOVECTOMÍA

PROCEDIMIENTO D7856 MIOTOMÍA

PROCEDIMIENTO D7858 RECONSTRUCCIÓN DE ARTICULACIÓN

PROCEDIMIENTO D7860 ARTROTOMÍA

PROCEDIMIENTO D7865 ARTROPLASTIA

PROCEDIMIENTO D7870 ARTROCENTESIS

PROCEDIMIENTO D7871 LISIS Y LAVADO NO

ARTROSCÓPICO

Este procedimiento está incluido en el cargo por otros procedimientos y no puede pagarse por separado.

PROCEDIMIENTO D7872 ARTROSCOPIA: DIAGNÓSTICO, CON O SIN BIOPSIA

PROCEDIMIENTO D7873 ARTROSCOPIA: QUIRÚRGICA; LISIS Y LAVADO DE ADHESIONES

PROCEDIMIENTO D7874 ARTROSCOPIA: QUIRÚRGICA; REPOSICIONAMIENTO Y ESTABILIZACIÓN DE DISCO

PROCEDIMIENTO D7875 ARTROSCOPIA: QUIRÚRGICA; SINOVECTOMÍA

PROCEDIMIENTO D7876 ARTROSCOPIA: QUIRÚRGICA; DISCECTOMÍA

PROCEDIMIENTO D7877 ARTROSCOPIA: QUIRÚRGICA; DESBRIDAMIENTO

PROCEDIMIENTO D7880 DISPOSITIVO ORTÓTICO OCCLUSAL, POR INFORME

1. Beneficio para disfunción de la TMJ diagnosticada.
2. No es un beneficio para el tratamiento de bruxismo.

PROCEDIMIENTO D7899 TERAPIA DE TMD NO ESPECIFICADA, POR INFORME

No es un beneficio para procedimientos como acupuntura, digitopuntura, biofeedback e hipnosis.

PROCEDIMIENTO D7910 SUTURA DE HERIDAS RECIENTES PEQUEÑAS DE HASTA 5 CM

No es un beneficio para el cierre de incisiones quirúrgicas.

PROCEDIMIENTO D7911 SUTURA COMPLICADA: HASTA 5 CM

No es un beneficio para el cierre de incisiones quirúrgicas.

PROCEDIMIENTO D7912 SUTURA COMPLICADA: MAYOR DE 5 CM

No es un beneficio para el cierre de incisiones quirúrgicas.

PROCEDIMIENTO D7920 INJERTO DE PIEL (IDENTIFICAR DEFECTO CUBIERTO, LUGAR Y TIPO DE INJERTO)

No es un beneficio para injertos periodontales.

PROCEDIMIENTO D7940 OSTEOPLASTIA: PARA DEFORMIDADES ORTOGNÁTICAS

PROCEDIMIENTO D7941 OSTEOTOMÍA: RAMA MANDIBULAR

PROCEDIMIENTO D7943 OSTEOTOMÍA: RAMA MANDIBULAR CON INJERTO ÓSEO; SE INCLUYE LA OBTENCIÓN DEL INJERTO

PROCEDIMIENTO D7944 OSTEOTOMÍA:

SEGMENTADA O SUBAPICAL

PROCEDIMIENTO D7945 OSTEOTOMÍA: CUERPO DE MANDÍBULA

PROCEDIMIENTO D7946 LEFORT I (MAXILAR, TOTAL)

PROCEDIMIENTO D7947 LEFORT I (MAXILAR, SEGMENTADO)

PROCEDIMIENTO D7948 LEFORT II O LEFORT III (OSTEOPLASTIA DE HUESOS FACIALES POR HIPOPLASIA O RETRUSIÓN MEDIOFACIAL): SIN INJERTO ÓSEO

PROCEDIMIENTO D7949 LEFORT II O LEFORT III: CON INJERTO ÓSEO

PROCEDIMIENTO D7950 INJERTO ÓSEO, ÓSEO PERIÓSTICO O DE CARTÍLAGO DE LA MANDÍBULA O DE LOS HUESOS FACIALES: AUTÓLOGO O NO, POR INFORME

No es un beneficio para injertos periodontales.

PROCEDIMIENTO D7951 AUMENTO SINUSAL CON HUESO O SUSTITUTOS DE HUESO POR MEDIO DE ENFOQUE ABIERTO LATERAL

Beneficio solo para pacientes con servicios de implantes autorizados.

PROCEDIMIENTO D7952 AUMENTO SINUSAL CON HUESO O SUSTITUTOS DE HUESO POR MEDIO DE ENFOQUE VERTICAL

Beneficio solo para pacientes con servicios de implantes

autorizados.

**PROCEDIMIENTO D7953
INJERTO DE REEMPLAZO
ÓSEO PARA LA
PRESERVACIÓN DEL
BORDE ALVEOLAR, POR
SITIO**

Este procedimiento
no es un beneficio.

**PROCEDIMIENTO
D7955 REPARACIÓN
DE DEFECTOS DEL
TEJIDO DURO O
BLANDO
MAXILOFACIAL**

No es un beneficio
para injertos
periodontales.

**PROCEDIMIENTO D7960
FRENUECTOMÍA, TAMBIÉN
CONOCIDA COMO
FRENECTOMÍA O
FRENOTOMÍA,
PROCEDIMIENTO POR
SEPARADO NO IDÉNTICO A
OTRO**

1. Beneficio
 - a. una vez por arco, por fecha de servicio,
 - b. solo cuando los incisivos y los cúspides permanentes han brotado.

**PROCEDIMIENTO D7963
FRENULOPLASTIA**

1. Beneficio
 - a. Una vez por arco, por fecha de servicio.
solo cuando los incisivos y los cúspides permanentes han brotado.

**PROCEDIMIENTO D7970
ESCISIÓN DE TEJIDO
HIPERPLÁSICO: POR ARCO**

1. Beneficio una vez por arco, por fecha de servicio.

2. No es un beneficio para hiperplasia inducida por fármacos o cuando la extracción de tejido requiera un amplio recontorneado gingival.
3. Este procedimiento está incluido en los cargos por otros procedimientos quirúrgicos que se realizan en la misma área en la misma fecha de servicio.

**PROCEDIMIENTO D7971
ESCISIÓN DE ENCÍA
PERICORONAL**

Este procedimiento o está incluido en los cargos por otros procedimientos asociados que se realizan en el mismo diente, en la misma fecha de servicio.

**PROCEDIMIENTO
D7972 REDUCCIÓN
QUIRÚRGICA DE
TUBEROSIDAD
FIBROSA**

1. Beneficio una vez por cuadrante por fecha de servicio.
2. Este procedimiento está incluido en los cargos por otros procedimientos quirúrgicos que se realizan en el mismo cuadrante, en la misma fecha de servicio.

**PROCEDIMIENTO
D7980
SIALOLITOTOMÍA**

**PROCEDIMIENTO D7981
ESCISIÓN DE LA**

**GLÁNDULA SALIVAL, POR
INFORME**

**PROCEDIMIENTO D7982
SIALODOCOPLASTIA**

**PROCEDIMIENTO D7983
CIERRE DE LA FÍSTULA SALIVAL**

**PROCEDIMIENTO D7990
TRAQUEOTOMÍA DE EMERGENCIA**

**PROCEDIMIENTO D7991
CORONOIDECTOMIA**

**PROCEDIMIENTO D7995
INJERTO SINTÉTICO: HUESOS
FACIALES O MANDIBULARES, POR
INFORME**

No es un beneficio
para injertos
periodontales.

**PROCEDIMIENTO D7996
IMPLANTE: MANDIBULAR PARA
FINES DE AUMENTO (NO SE
INCLUYE EL BORDE ALVEOLAR),
POR INFORME**

Este procedimiento no es un
beneficio.

**PROCEDIMIENTO D7997
EXTRACCIÓN DE APARATO (NO
POR EL DENTISTA QUE LO
COLOCÓ), INCLUYE EXTRACCIÓN
DE LA BARRA DE ARCO**

1. Beneficio:
 - a. Una vez por arco, por fecha de servicio.
 - b. Solo para la extracción de aparatos relacionados con procedimientos quirúrgicos.
2. No es un beneficio para la extracción de aparatos de ortodoncia y separadores.

**PROCEDIMIENTO D7998
COLOCACIÓN INTRABUCAL**

**DE UN DISPOSITIVO DE
FIJACIÓN NO EN
CONJUNTO CON UNA
FRACTURA**

Este
procedimiento no
es un beneficio.

**PROCEDIMIENTO D7999
PROCEDIMIENTO
QUIRÚRGICO BUCAL NO
ESPECIFICADO, POR
INFORME**

1. Se usará el
procedimiento
D7999 en los
siguientes casos:
 - a. Para
procedimientos
que no estén
descritos
adecuadamente
por un código de
Terminología
Odontológica
Actual (Current
Dental
Terminology,
CDT).
 - b. Para
procedimientos
con un código de
CDT que no sean
beneficios, pero
que el paciente
tenga una
afección médica
excepcional que
justifique la
necesidad
médica. La
documentación
debe incluir la
afección médica y
el código de CDT
específico
relacionado con el
tratamiento.

Políticas generales de ortodoncia (D8000-D8999)

1. **Procedimientos de ortodoncia (D8080, D8660, D8670 y D8680)**
 - a. Los procedimientos de ortodoncia solo deben ser realizados por dentistas que califiquen como ortodoncistas en virtud del Código de Regulaciones de California, Título 22, Sección 51223(c).
 - b. Los procedimientos de ortodoncia son beneficios para la maloclusión incapacitante, el paladar hendido y el control de casos de crecimiento facial necesarios desde el punto de vista médico para pacientes menores de 19 años y se debe obtener una autorización previa.
 - c. Solo los casos con dentición permanente se considerarán para la maloclusión incapacitante necesaria desde el punto de vista médico, a menos que el paciente tenga 13 años o más y aún tenga dientes primarios. Los casos de anomalías craneofaciales y de paladar hendido son un beneficio para denticiones primarias, mixtas y permanentes. Las anomalías craneofaciales se tratan a través del control del crecimiento facial.
 - d. Todos los procedimientos necesarios que puedan afectar al tratamiento de ortodoncia deben completarse antes de considerar el tratamiento de ortodoncia.
 - e. Los procedimientos de ortodoncia son un beneficio solo cuando los moldes de diagnóstico verifican un puntaje mínimo de 26 puntos en el Índice de Desviación labiolingual incapacitante (Handicapping Labio-Lingual Deviation, HLD) del Formulario DC016 (06/09) de puntaje de modificación de California; o bien, cuando existe una de las seis afecciones que califican automáticamente indicadas a continuación o cuando existe documentación por escrito de parte de un especialista acreditado con su membrete profesional de una anomalía craneofacial.
 - f. Las afecciones que califican de manera automática son las siguientes:
 - i) Deformidad del paladar hendido. Si el paladar hendido no es visible en los moldes de diagnóstico, se debe presentar documentación por escrito por parte de un especialista acreditado, con su membrete profesional, junto con la solicitud de autorización previa.
 - ii) Anomalía craneofacial. Se debe presentar documentación por escrito por parte de un especialista acreditado, con su membrete profesional, junto con la solicitud de autorización previa.
 - iii) Una sobremordida de gran impacto en la que los incisivos inferiores están destruyendo el tejido blando del paladar.
 - iv) Una mordida cruzada del diente anterior individual que destruye el tejido blando.
 - v) Un resalte mayor a 9 mm o un resalte invertido mayor a 3.5 mm.
 - vi) Una desviación traumática grave (como pérdida de un segmento premaxilar por quemadura, accidente u osteomielitis u otra patología grave). Se debe presentar documentación por escrito del traumatismo o la patología junto con la solicitud de autorización previa.
 - g. Cuando un paciente se transfiere de un ortodoncista a otro, se debe presentar una autorización previa en los siguientes casos:
 - i) Cuando el paciente ya ha calificado y ha recibido tratamiento, el saldo del tratamiento autorizado originalmente debe autorizarse para que el nuevo ortodoncista complete el caso. No se requiere la presentación de moldes de diagnóstico, del Formulario DC016 (06/09) de puntaje de modificación de California, Índice de Desviación labiolingual incapacitante, ni de fotografías para un caso de transferencia que ya ha recibido aprobación.
 - ii) Cuando un paciente ha recibido tratamiento de ortodoncia no aprobado previamente, se requiere la presentación de moldes de diagnóstico previos al tratamiento y fotografías actuales. Si los moldes de diagnóstico previos al tratamiento no se encuentran disponibles, deben presentarse moldes de diagnóstico actuales. Se otorgará o se denegará la autorización para el saldo del tratamiento de ortodoncia según la evaluación del plan de los moldes de diagnóstico y las fotografías.

- h. Cuando las visitas adicionales periódicas del tratamiento de ortodoncia (D8670) son necesarias y exceden el máximo permitido para completar el caso, se requiere autorización previa. Se requieren fotografías actuales para justificar la necesidad médica.
- i. Si el tratamiento de ortodoncia del paciente supera el mes en el que el paciente cumple 19 años o si el paciente pierde la elegibilidad durante el tratamiento, es responsabilidad del paciente pagar por la continuidad del tratamiento.
- j. Si el tratamiento de ortodoncia del paciente se interrumpe y se extraen las bandas de ortodoncia de manera temprana, el paciente ya no califica para la continuación del tratamiento de ortodoncia.
- k. Si las bandas de ortodoncia del paciente se deben extraer temporalmente y luego reemplazarse debido a una necesidad médica, se debe presentar una reclamación para el tratamiento de ortodoncia integral de dentición de la adolescencia (D8080) para la recolocación de las bandas junto con una carta del médico o radiólogo tratante, con su membrete profesional, que indique la razón por la que se extrajeron las bandas temporalmente.

Procedimientos de ortodoncia (D8000-D8999)

PROCEDIMIENTO D8080 TRATAMIENTO DE ORTODONCIA INTEGRAL DE LA DENTICIÓN DE LA ADOLESCENCIA

1. Se requiere autorización previa. Se debe presentar todo lo siguiente para obtener la autorización previa:
 - a. Tratamiento de ortodoncia integral de la dentición de la adolescencia (D8080).
 - b. Visitas de tratamiento de ortodoncia periódicas (D8670).
 - c. Retención de la ortodoncia (D8680).
 - d. Los moldes de diagnóstico (D0470).
 - e. Un Formulario DC016 (06/09) de puntaje de modificación de California, Índice de Desviación labiolingual incapacitante completo.
2. No se autorizarán tratamientos después del mes en el que el paciente cumple 19 años.
3. Se debe presentar la documentación por escrito para la autorización previa para casos de paladar hendido y de control de crecimiento facial:
 - a. Los casos de paladar hendido requieren documentación por parte de un especialista acreditado, con su membrete

profesional, si el paladar hendido no es visible en los moldes de diagnóstico; los casos de control de crecimiento facial requieren documentación por parte de un especialista acreditado, con su membrete profesional, de la anomalía craneofacial.

4. Beneficio:
 - a. Para la maloclusión incapacitante, el paladar hendido y los casos de control de crecimiento facial.
 - b. Para pacientes menores de 19 años.
 - c. Para la dentición permanente (a menos que el paciente tenga 13 años o más y aún tenga dientes primarios o que tenga el paladar hendido o una anomalía craneofacial).
 - d. Una vez por paciente por fase del tratamiento.
5. Todos los aparatos (como las bandas, los arcos de alambre, los arcos extrabucales y los

expansores del paladar) están incluidos en el cargo por este procedimiento. No se permiten los cargos adicionales para el paciente.

6. Este procedimiento incluye el reemplazo, la reparación y la extracción de brackets, bandas y arcos de alambre por parte del proveedor original.

PROCEDIMIENTO D8210 TERAPIA CON APARATO EXTRAÍBLE

1. Se requiere autorización previa.
2. Radiografías para la autorización previa: se deben presentar radiografías periapicales actuales de los dientes maxilares anteriores.
3. Documentación para la autorización previa: se debe justificar la necesidad médica para el aparato y la presencia de hábitos bucales perjudiciales como succionar dedos o empujar la lengua.
4. Beneficio:
 - a. Para pacientes de 6 a 12 años.
 - b. Una vez por paciente.
5. No son un beneficio:
 - a. Para aparatos de ortodoncia, aparatos de guía para los dientes, movimiento menor de dientes o alambres de activación.
 - b. Para separadores en la región anterior superior o inferior.

6. Este procedimiento incluye todos los ajustes del aparato.

**PROCEDIMIENTO D8220
TERAPIA CON APARATO FIJO**

1. Se requiere autorización previa.
2. Radiografías para la autorización previa: se deben presentar radiografías periapicales actuales de los dientes maxilares anteriores.
3. Documentación para la autorización previa: se debe justificar la necesidad médica para el aparato y la presencia de hábitos bucales perjudiciales como succionar dedos o empujar la lengua.
4. Beneficio:
 - a. Para pacientes de 6 a 12 años.
 - b. Una vez por paciente.
5. No son un beneficio:
 - a. Para aparatos de ortodoncia, aparatos de guía para los dientes, movimiento menor de dientes o alambres de activación.
 - b. Para separadores en la región anterior superior o inferior.
6. Este procedimiento incluye todos los ajustes del aparato.

**PROCEDIMIENTO D8660
VISITA PREVIA AL
TRATAMIENTO DE
ORTODONCIA**

1. Este procedimiento es para la observación del crecimiento oral o facial del paciente para detectar anomalías craneofaciales antes de comenzar el tratamiento de ortodoncia para casos de control de crecimiento facial.

2. Se requiere autorización previa. Se debe presentar lo siguiente para obtener la autorización:

- a. Tratamiento de ortodoncia integral de la dentición de la adolescencia (D8080).
- b. Visita previa al tratamiento de ortodoncia (D8660) que indique la cantidad de visitas del tratamiento necesarias hasta un máximo de seis de por vida por paciente.
- c. Visitas de tratamiento de ortodoncia periódicas (D8670).

Retención de la ortodoncia (D8680).

- d. Un Formulario DC016 (06/09) de puntaje de modificación de California, Índice de Desviación labiolingual incapacitante completo.

3. Documentación para la autorización previa: se debe incluir una carta de un especialista acreditado, con su membrete profesional, que confirme la presencia de una anomalía craneofacial.
4. Beneficio:
 - a. Antes del tratamiento de ortodoncia integral de la

dentición de la adolescencia (D8080) para la fase inicial de tratamiento para casos de control de crecimiento facial, independientemente de cuántas fases de dentición se necesiten.

- b. Una vez cada tres meses.
- c. Para pacientes menores de 19 años.
- d. Un máximo de seis.

**PROCEDIMIENTO D8670
VISITA DE TRATAMIENTO DE
ORTODONCIA PERIÓDICA
(COMO PARTE DEL
CONTRATO)**

1. Se requiere autorización previa. Consulte las Políticas generales de ortodoncia para conocer los requisitos específicos de autorización.
2. El inicio de los pagos por este procedimiento será en el mes calendario siguiente a la fecha de servicio del tratamiento de ortodoncia integral de la dentición de la adolescencia (D8080).
3. Beneficio:
 - a. Para pacientes menores de 19 años.
 - b. Para la dentición permanente (a menos que el paciente tenga 13 años o más y aún tenga dientes primarios o que tenga el paladar hendido o una anomalía craneofacial).
 - c. Una vez por trimestre calendario.
4. La cantidad máxima de visitas

mensuales del tratamiento para las siguientes fases se especifica a continuación:

- a. Maloclusión: un máximo de hasta 8 visitas trimestrales. (Se autorizarán 4 visitas trimestrales adicionales cuando la documentación y las fotografías justifiquen la necesidad médica).
- b. Paladar hendido:
 - i) Dentición primaria: un máximo de hasta 4 visitas trimestrales. (Se autorizarán 2 visitas trimestrales adicionales cuando la documentación y las fotografías justifiquen la necesidad médica).
- ii) Dentición mixta: un máximo de hasta 5 visitas trimestrales. (Se autorizarán 3 visitas trimestrales adicionales cuando la documentación y las fotografías justifiquen la necesidad médica).
- iii) Dentición permanente: un máximo de hasta 10 visitas trimestrales. (Se autorizarán 5 visitas trimestrales adicionales cuando la documentación y las fotografías justifiquen la necesidad médica).
- c. Control del crecimiento facial:
 - i) Dentición primaria: un máximo de hasta 4 visitas trimestrales. (Se autorizarán 2 visitas trimestrales adicionales cuando la

documentación y las fotografías justifiquen la necesidad médica).

- ii) Dentición mixta: un máximo de hasta 5 visitas trimestrales. (Se autorizarán 3 visitas trimestrales adicionales cuando la documentación y las fotografías justifiquen la necesidad médica).
- iii) Dentición permanente: un máximo de hasta 8 visitas trimestrales. (Se autorizarán 4 visitas adicionales cuando la documentación y las fotografías justifiquen la necesidad médica).

**PROCEDIMIENTO D8680
RETENCIÓN DE LA
ORTODONCIA
(EXTRACCIÓN DE
APARATOS,
CONSTRUCCIÓN Y
REEMPLAZO DE
RETENEDORES)**

1. Se requiere autorización previa. Consulte las Políticas generales de ortodoncia para conocer los requisitos específicos de autorización.
2. Este procedimiento se pagará solo después de completar las visitas de tratamiento de

ortodoncia periódicas (D8670), lo que se considera la fase activa del tratamiento de ortodoncia.

3. Se requiere un código de arco.
4. Beneficio:
 - a. Para pacientes menores de 19 años.
 - b. Para la dentición permanente (a menos que el paciente tenga 13 años o más y aún tenga dientes primarios o que tenga el paladar hendido o una anomalía craneofacial).
 - c. Una vez por arco por cada fase autorizada del tratamiento de ortodoncia.
5. No es un beneficio hasta que se complete la fase activa del tratamiento de ortodoncia (D8670). Si se necesitan menos visitas de tratamiento de ortodoncia periódicas (D8670) que la cantidad autorizada debido a que se ha completado la fase activa del tratamiento de manera temprana, esto debe registrarse en la reclamación para la retención de la ortodoncia (D8680).
6. La extracción de aparatos, la construcción y la colocación de retenedores, todas las observaciones y los ajustes necesarios están incluidos en el cargo por este procedimiento.

**PROCEDIMIENTO D8691
REPARACIÓN DE APARATO DE
ORTODONCIA**

1. Este procedimiento no requiere autorización previa.
2. Documentación por escrito

para el pago: se debe indicar el tipo de aparato de ortodoncia y una descripción de la reparación.

3. Se requiere un código de arco.
4. Beneficio:
 - a. Para pacientes menores de 19 años.
 - b. Una vez por aparato.
5. No es un beneficio para el reemplazo o la reparación de brackets, bandas o arcos de alambre por parte del proveedor original.

**PROCEDIMIENTO D8692
REEMPLAZO DE RETENEDOR
EXTRAVIADO O ROTO**

1. Este procedimiento no requiere autorización previa.
2. Documentación escrita para el pago: se debe indicar la manera en que se perdió el retenedor o el motivo por el cual ya no es útil.
3. Se requiere un código de arco.
4. Beneficio:
 - a. Para pacientes menores de 19 años.
 - b. Una vez por arco.
 - c. Solo dentro de los 24 meses posteriores a la fecha de servicio de retención de la ortodoncia (D8680).
5. Este procedimiento solo es pagadero cuando el programa ha pagado previamente la retención de la ortodoncia (D8680).

**PROCEDIMIENTO D8693
RECEMENTADO O REUNIÓN: O
REPARACIÓN, SEGÚN SEA
NECESARIO, DE RETENEDORES**

FIJOS

1. Este procedimiento no requiere autorización previa.
2. No se requiere la presentación de radiografías, fotografías o documentación por escrito que demuestre la necesidad médica para el pago.
3. Se requiere un código de arco.
4. Beneficio:
 - a. Para pacientes menores de 19 años.
 - b. Una vez por proveedor.
5. Se considerarán las solicitudes adicionales que excedan la frecuencia indicada para el pago cuando se registre la necesidad médica y se identifique como afección no habitual (como el desplazamiento debido a un alimento pegajoso).

**PROCEDIMIENTO D8999
PROCEDIMIENTO DE
ORTODONCIA NO
ESPECIFICADO, POR
INFORME**

1. Se requiere autorización previa para los procedimientos que no sean de emergencia.
2. Radiografías para la autorización previa: se deben presentar radiografías si corresponde al tipo de procedimiento.
3. Fotografías para la autorización previa: se deben presentar

fotografías si corresponde al tipo de procedimiento.

4. Documentación por escrito para la autorización previa o el pago: se deben describir las afecciones específicas que aborda el procedimiento, las razones que demuestren la necesidad médica, cualquier antecedente relevante y el tratamiento que se realiza o se propone.
5. Beneficio para pacientes menores de 19 años.
6. No es un beneficio para el ajuste, el reemplazo, la reparación o la extracción de brackets, bandas o arcos de alambre por parte del proveedor original.
7. Se usará el procedimiento D8999 en los siguientes casos:
 - a. Para procedimientos que no estén descritos adecuadamente por un código de Terminología Odontológica Actual (Current Dental Terminology, CDT).
 - b. Para procedimientos con un código de CDT que no sean beneficios, pero que el paciente tenga una afección médica excepcional que justifique la necesidad médica. La documentación debe incluir la afección médica y el código de CDT específico relacionado con el tratamiento.

Políticas generales complementarias (D9000-D9999)

Anestesia (D9210-D9248)

- a) La anestesia general (D9223) se define como un estado controlado de inconciencia, acompañado de una pérdida parcial o total de los reflejos protectores, incluida la pérdida de la capacidad de mantener una circulación aérea de manera independiente y responder a la estimulación física o a las indicaciones verbales, producido por un método farmacológico o no farmacológico o una combinación de ambos.
- b) La sedación o analgesia intravenosa (D9241 y D9243) es un estado médicamente controlado de conciencia deprimida, en la que se mantiene la circulación de aire del paciente, los reflejos protectores y la capacidad de responder a estímulos o indicaciones verbales. Incluye la administración intravenosa (IV) de agentes sedantes o analgésicos y el control adecuado.
- c) La sedación o analgesia no intravenosa (D9248) es un estado médicamente controlado de conciencia deprimida, en la que se mantiene la circulación de aire del paciente, los reflejos protectores y la capacidad de responder a estímulos o indicaciones verbales. Incluye la administración de agentes sedantes o analgésicos por una vía distinta de la intravenosa (oral, parche, intramuscular o subcutánea) y el control adecuado.
- d) Se considerará el pago de la sedación profunda o anestesia general (D9223) y de la sedación o analgesia consciente intravenosa (D9241 y D9243) cuando se registren los motivos de contraindicación de la anestesia local. Dichas contraindicaciones pueden incluir lo siguiente:
 - i) Una discapacidad física o mental grave.
 - ii) Amplios procedimientos quirúrgicos.
 - iii) Un niño que no coopera.
 - iv) Una infección aguda en el sitio de inyección.
 - v) La incapacidad de un anestésico local de controlar el dolor.
- e) La administración de sedación profunda o anestesia general (D9223), óxido nitroso (D9230), sedación o analgesia consciente intravenosa (D9241 y D9243) y fármaco parenteral terapéutico (D9610) es un beneficio en conjunto con procedimientos relacionados pagaderos.
- f) Solo un procedimiento de anestesia es pagadero por fecha de servicio, independientemente de los métodos de administración o los fármacos que se usen. Cuando se realizan dos procedimientos de anestesia o más, solo se permitirá el procedimiento más profundo. Los siguientes procedimientos de anestesia se enumeran en orden de más a menos profundos:
 - i) Procedimiento D9223 (Sedación profunda o anestesia general).
 - ii) Procedimiento D9241/D9243 (Sedación o analgesia consciente intravenosa).
 - iii) Procedimiento D9248 (Sedación consciente no intravenosa).
 - iv) Procedimiento D9230 (Inhalación de óxido nitroso/analgesia, ansiólisis).
- g) Los proveedores que administren anestesia general (D9223) o sedación o analgesia consciente intravenosa (D9241 y D9243) deben contar con permisos válidos para la administración de anestesia de la Junta Dental de California.
- h) El costo de los agentes y suministros analgésicos y anestésicos está incluido en el cargo por el procedimiento de anestesia o analgesia.
- I) El tiempo de anestesia para la anestesia general y la sedación consciente intravenosa se define como el período entre el comienzo de la administración del agente anestésico y el momento en el que el anestesista ya no se encuentra presente.
- J) La sedación es un beneficio en conjunto con la extracción quirúrgica de alambres, bandas, entablillados y barras en arco.

Procedimientos de servicios complementarios (D9000-D9999)

PROCEDIMIENTO D9110 TRATAMIENTO PALIATIVO (DE EMERGENCIA) PARA EL DOLOR DENTAL: PROCEDIMIENTO MENOR

1. Beneficio una vez por fecha de servicio, por proveedor, independientemente de la cantidad de dientes o áreas tratadas.
2. No es un beneficio cuando se realiza cualquier otro tratamiento en la misma fecha de servicio, excepto cuando se necesitan radiografías o fotografías del área afectada para diagnosticar y registrar la afección de emergencia.

PROCEDIMIENTO D9120 SECCIONAMIENTO DE PRÓTESIS DENTAL PARCIAL FIJA

1. Se requiere un código de diente para el diente retenido.
2. Es un beneficio cuando se debe retener al menos un diente soporte.

PROCEDIMIENTO D9210 ANESTESIA LOCAL NO EN CONJUNTO CON PROCEDIMIENTOS DE OPERACIONES O QUIRÚRGICOS

Beneficio:

- a. Una vez por fecha de servicio por proveedor.
- b. Solo para el uso con el fin de llevar a cabo un diagnóstico diferencial o como inyección terapéutica para eliminar o controlar una enfermedad o un

estado anormal.

2. No es un beneficio cuando se realiza cualquier otro tratamiento en la misma fecha de servicio, excepto cuando se necesitan radiografías o fotografías del área afectada para diagnosticar y registrar la afección de emergencia.

PROCEDIMIENTO D9211 ANESTESIA DE BLOQUEO REGIONAL

Este procedimiento está incluido en el cargo por otros procedimientos y no puede pagarse por separado.

PROCEDIMIENTO D9212 ANESTESIA DE BLOQUEO DEL NERVIO TRIGÉMINO

Este procedimiento está incluido en el cargo por otros procedimientos y no puede pagarse por separado.

PROCEDIMIENTO D9215 ANESTESIA LOCAL EN CONJUNTO CON PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS O DE OPERACIONES

Este procedimiento está incluido en el cargo por otros procedimientos y no puede pagarse por separado.

PROCEDIMIENTO D9230 INHALACIÓN DE ÓXIDO NITROSO/ANALGESIA, ANSIÓLISIS

1. Documentación por escrito para pacientes de 13 años o más: se debe indicar la afección física, emocional, del desarrollo o del comportamiento que le impide al paciente responder a los intentos del proveedor para realizar el tratamiento.

2. Beneficio:

- a. Para pacientes menores de 13 años que no cooperan.
- b. Para pacientes de 13 años o más cuando la documentación identifica especialmente la afección física, emocional, del desarrollo o del comportamiento que le impide al paciente responder a los intentos del proveedor para realizar el tratamiento.

3. No son un beneficio:

- a. En la misma fecha de servicio que una sedación profunda o anestesia general (D9223), una sedación o anestesia consciente intravenosa (D9241 y D9243) o una sedación consciente no intravenosa (D9248).
- b. Cuando se deniegan todos los procedimientos relacionados en la misma fecha de servicio por parte del mismo proveedor.

PROCEDIMIENTO D9241 SEDACIÓN O ANALGESIA CONSCIENTE INTRAVENOSA: PRIMEROS 30 MINUTOS

1. Documentación por escrito: se debe justificar la necesidad médica basada en una limitación mental o física o una contraindicación de un agente anestésico.
2. No son un beneficio:
En la misma fecha de servicio que una sedación profunda o anestesia general (D9223), una analgesia, ansiólisis, inhalación de óxido nitroso (D9230) o

una sedación consciente no intravenosa (D9248).

- a. Cuando se deniegan todos los procedimientos relacionados en la misma fecha de servicio por parte del mismo proveedor.

**PROCEDIMIENTO D9248
SEDACIÓN CONSCIENTE NO
INTRAVENOSA**

1. Documentación por escrito para pacientes de 13 años o más: se debe indicar la afección física, emocional, del desarrollo o del comportamiento que le impide al paciente responder a los intentos del proveedor para realizar el tratamiento.
2. Beneficio:
 - a. Para pacientes menores de 13 años que no cooperan.
 - b. Para pacientes de 13 años o más cuando la documentación identifica especialmente la afección física, emocional, del desarrollo o del comportamiento que le impide al paciente responder a los intentos del proveedor para realizar el tratamiento.
 - c. Para vías de administración oral, subcutánea, intramuscular o a través de un parche.
 - d. Una vez por fecha de servicio.

3. No son un beneficio:

En la misma fecha de servicio que una sedación profunda o anestesia general (D9223), una analgesia, ansiólisis, inhalación de óxido nitroso (D9230) o una sedación consciente intravenosa (D9241 y D9243).

- a. Cuando se deniegan todos los procedimientos relacionados en la misma fecha de servicio por parte del mismo proveedor.

**PROCEDIMIENTO D9310
CONSULTA (SERVICIO DE
DIAGNÓSTICO
PROPORCIONADO POR UN
DENTISTA O MÉDICO QUE NO
SEA EL DENTISTA O MÉDICO
QUE LO SOLICITA)**

**PROCEDIMIENTO D9410
VISITA AL HOGAR O
CENTRO DE ATENCIÓN
EXTENDIDA**

1. Beneficio:
 - a. Una vez por paciente, por fecha de servicio.
Solo en conjunto con procedimientos pagaderos.

**PROCEDIMIENTO D9420
CENTRO DE LLAMADAS DE
CIRUGÍA AMBULATORIA U
HOSPITAL**

1. No son un beneficio:
 - a. Para un cirujano asistente.
 - b. Para el tiempo recopilado en la historia clínica, los informes o las visitas posoperatorias o de

seguimiento del paciente.

**PROCEDIMIENTO D9430
VISITAS AL CONSULTORIO
POR OBSERVACIÓN (EN EL
HORARIO HABITUAL
PROGRAMADO): SIN OTROS
SERVICIOS SUMINISTRADOS**

1. No son un beneficio:
 - a. Cuando procedimientos distintos de las radiografías o fotografías necesarias se proporcionan en la misma fecha de servicio.
 - b. Para visitas a pacientes que residen en un hogar o centro de atención extendida.

**PROCEDIMIENTO D9440
VISITA AL CONSULTORIO:
DESPUÉS DEL HORARIO
HABITUAL PROGRAMADO**

1. Beneficio
 - a. Una vez por fecha de servicio por proveedor.
 - b. Solo cuando el tratamiento es un beneficio.
2. Este procedimiento tiene el objetivo de compensar a los proveedores por el tiempo de viaje hacia el consultorio en casos de emergencia fuera de los horarios normales de atención.

**PROCEDIMIENTO D9610
FÁRMACO PARENTERAL
TERAPÉUTICO, UNA SOLA
ADMINISTRACIÓN**

1. Beneficio para hasta un máximo de cuatro inyecciones por fecha de servicio.
2. No son un beneficio:
 - a. Para la administración de un analgésico o sedante

cuando se usa en conjunto con sedación profunda o anestesia general (D9223), analgesia, ansiólisis, inhalación de óxido nitroso (D9230), sedación o analgesia consciente intravenosa (D9241 y D9243) o sedación consciente no intravenosa (D9248).

- b. Cuando se deniegan todos los procedimientos relacionados en la misma fecha de servicio por parte del mismo proveedor.

**PROCEDIMIENTO D9612
FÁRMACOS PARENTERALES
TERAPÉUTICOS, DOS O MÁS
ADMINISTRACIONES,
MEDICAMENTOS DIFERENTES**

**PROCEDIMIENTO D9910
APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS
DESENSIBILIZANTES**

- 1. Beneficio:
 - a. Una vez por período de 12 meses por proveedor.
 - b. Solo para dientes permanentes.
- 2. No son un beneficio:
 - a. Cuando se usan como base, revestimiento o adhesivo bajo una restauración.
 - b. En la misma fecha de servicio que la aplicación de fluoruro (D1206 y D1208).

**PROCEDIMIENTO D9930
TRATAMIENTO DE
COMPLICACIONES
(POSQUIRÚRGICO):
CIRCUNSTANCIAS NO
HABITUALES, POR
INFORME**

- 1. Beneficio:

- a. Una vez por fecha de servicio por proveedor.
- b. Para el tratamiento de una base seca o sangrado excesivo dentro de los 30 días de la fecha de servicio de una extracción.
- c. Para la extracción de fragmentos óseos dentro de los 30 días de la fecha de servicio de una extracción.

- 2. No son un beneficio:

- a. Para la extracción de fragmentos óseos en la misma fecha de servicio que una extracción.
- b. Para visitas posoperatorias de rutina.

**PROCEDIMIENTO D9950
ANÁLISIS DE OCLUSIÓN:
CASO MONTADO**

- 1. Beneficio:
 - a. Una vez por período de 12 meses.
 - b. Para pacientes de 13 años o más.
 - c. Solo para disfunción de la TMJ diagnosticada.
 - d. Para la dentición permanente.
- 2. No es un beneficio solo para el tratamiento de bruxismo.

**PROCEDIMIENTO D9951
PROCEDIMIENTO DE AJUSTE
OCCLUSAL, LIMITADO**

- 1. Beneficio:
 - a. Una vez por período de 12 meses, por cuadrante, por proveedor.
 - b. Para pacientes de 13 años o más.
 - c. Solo para dientes naturales.
- 2. No es un beneficio dentro de los 30 días posteriores a un tratamiento de restauración definitiva, de endodoncia, o de prostodoncia fija o extraíble en el mismo cuadrante o en el cuadrante opuesto.

**PROCEDIMIENTO D9952
AJUSTE OCCLUSAL: COMPLETO**

- 1. Beneficio:
 - a. Una vez por período de 12 meses después de un análisis de oclusión: caso montado (D9950).
 - b. Para pacientes de 13 años o más.
 - c. Solo para disfunción de la TMJ diagnosticada.
 - d. Para la dentición permanente.
- 2. No es un beneficio en conjunto con un dispositivo ortótico oclusal (D7880).

**PROCEDIMIENTO D9999
PROCEDIMIENTO
COMPLEMENTARIO NO
ESPECIFICADO, POR
INFORME**

- 1. Se usará el procedimiento D9999 en los siguientes casos:
 - a. Para procedimientos que no estén descritos adecuadamente por un código de Terminología

Odontológica Actual
(Current Dental
Terminology, CDT).

- b. Para procedimientos con un código de CDT que no sean beneficios, pero que el paciente tenga una afección médica excepcional que justifique la necesidad médica. La documentación debe incluir la afección médica y el código de CDT específico relacionado con el tratamiento.

Descripción de beneficios solo para adultos

En esta sección se detallan los servicios y los beneficios odontológicos que usted (**individuos de 19 años o más**) puede obtener a través del plan cuando los servicios son necesarios para su salud odontológica de acuerdo con los estándares de práctica profesionalmente reconocidos, sujetos a las excepciones, las limitaciones y las exclusiones que se detallan aquí.

Beneficios de diagnóstico y prevención

Descripción

El beneficio incluye lo siguiente:

- Exámenes bucales iniciales y periódicos (*se limitan a dos (2) en un período de doce (12) meses*)
- Consultas, incluidas consultas con especialistas
- Educación odontológica preventiva e instrucciones de higiene bucal
- Radiografías
- Radiografía panorámica
- Servicios de profilaxis (limpiezas) (*se limitan a dos (2) en un período de doce (12) meses*)
- Separador: extraíble, bilateral

Limitaciones

Las radiografías se limitan a lo siguiente:

- Las radiografías de aletas de mordida junto con los exámenes periódicos se limitan a dos series de cuatro radiografías en cualquier período de doce (12) meses. Se permiten radiografías periapicales y de aleta de mordida aisladas en casos de emergencia o episódicos.
- Las radiografías de boca completa junto con exámenes periódicos se limitan a una cada veinticuatro (24) meses consecutivos.
- Las radiografías panorámicas se limitan a una cada veinticuatro (24) meses consecutivos.

Odontología de restauración

Descripción

Las restauraciones incluyen lo siguiente:

- Amalgama, resina de compuestos, acrílico, restauraciones sintéticas o de plástico para el tratamiento de caries.
- Restauraciones obturadas con microrrellenos de resina que no son cosméticas.
- Reemplazo de una restauración.
- Uso de pernos y reconstrucción de pernos junto con una restauración.
- Base sedante y empastes sedantes.

Limitaciones

Las restauraciones se limitan a lo siguiente:

- Para el tratamiento de caries, si el diente se puede restaurar con amalgama, resina de compuesto, acrílico, restauraciones sintéticas o de plástico; cualquier otra restauración como una corona o una funda se considera opcional.
- La resina de compuesto o las restauraciones de acrílico en los dientes posteriores son opcionales.
- El reemplazo de una restauración tiene cobertura solo cuando es defectuosa, según se evidencie por afecciones como caries recurrentes o fracturas, y el reemplazo sea necesario desde el punto de vista odontológico.
- Las limitaciones de frecuencia se calculan sobre la fecha exacta.
- Empastes: se incluye pulido, todos los adhesivos y agentes de fijación, recubrimiento pulpar indirecto, bases, revestimientos y procedimientos de grabado ácido.
- Coronas: se cobra un copago adicional de \$125 por unidad para los planes de tratamiento de 7 unidades o más. Existe un copago adicional de \$75 por unidad para la porcelana en las muelas. Se aplicarán tarifas reales de metales para cualquier procedimiento que implique metales nobles, altamente nobles o de titanio.
- El reemplazo de los retenedores y dientes artificiales requiere que el puente existente tenga 5 años o más.

Cirugía bucal

Descripción

La cirugía bucal incluye lo siguiente:

- Extracciones, incluidas extracciones quirúrgicas
- Extracción de dientes impactados
- Biopsia de tejidos bucales
- Alveolectomías
- Escisión de quistes y neoplasias
- Tratamiento de torus palatal
- Tratamiento de torus mandibular
- Frenectomía
- Incisión y drenaje de abscesos
- Servicios posoperatorios, incluidos exámenes, extracción de suturas y tratamiento de complicaciones
- Recuperación de la raíz (procedimiento por separado)

Limitación

- La extracción quirúrgica de dientes impactados es un beneficio cubierto solo cuando existe evidencia de una patología.
- Incluye las evaluaciones preoperatoria y posoperatoria y tratamiento bajo anestesia local.
- La eliminación de 3.^{ros} molares sin patología no está cubierta.
- La biopsia de tejido oral no incluye los servicios de laboratorio de patología.

Endodoncia

Descripción

Los beneficios de endodoncia incluyen lo siguiente:

- Recubrimiento pulpar directo
- Pulpotomía y pulmotomía vital
- Empaste de apexificación con hidróxido de calcio
- Amputación radicular
- Terapia en el conducto radicular, incluido cultivo de conducto y segundo tratamiento limitado de una terapia previa en el conducto radicular, como se especifica a continuación
- Apicectomía
- Pruebas de vitalidad

Limitaciones

La terapia en el conducto radicular, incluido el cultivo de conducto, se limita a lo siguiente:

- El segundo tratamiento de conductos radiculares es un beneficio cubierto solo si existen signos clínicos o radiográficos de formación de abscesos y/o el paciente experimenta síntomas.
- No son beneficios cubiertos la extracción o el segundo tratamiento de puntas de plata, exceso de empaste, empastes insuficientes, empastes incompletos o instrumentos rotos atorados en un conducto en ausencia de patología.
- Se incluyen todas las radiografías preoperatorias y posoperatorias, cultivos bacteriológicos, pruebas de diagnóstico, anestesia local, todos los irrigantes, la obstrucción de los conductos radiculares y la atención de seguimiento de rutina.
- La repetición del tratamiento de un tratamiento de conducto, en un plazo de veinticuatro meses (24), no se paga al mismo proveedor que hizo el canal raíz original.

Periodoncia

Descripción

Los beneficios de periodoncia incluyen lo siguiente:

- Tratamiento de emergencia, incluido tratamiento para abscesos periodontales y periodontitis aguda
- Limpieza de sarro periodontal y planeación radicular, y curetaje subgingival
- Gingivectomía
- Cirugía ósea o mucogingival

Limitación

- La limpieza de sarro periodontal y la planeación radicular, y el curetaje subgingival se limitan a cinco (5) tratamientos por cuadrante en cualquier período de doce (12) meses consecutivos.
- Incluye evaluaciones y tratamiento de los dientes naturales con anestesia local preoperatorios y posoperatorios.

Corona y puente fijo

Descripción

ADP_SOB_HMO_FAM_CA_17



Los beneficios de corona y puente fijo incluyen lo siguiente:

- Coronas, incluidas las fabricadas con acrílico, acrílico con metal, porcelana, porcelana con metal, completamente de metal, recubrimiento de oro o corona de tres cuartos, y acero inoxidable.
- Reconstrucción dental con perno y tornillos relacionados.
- Puentes fijos, que son de metal fundido, porcelana cocida con metal o plástico procesado con oro.
- Recementación de coronas, puentes, incrustaciones y recubrimientos.
- Poste y muñón fundidos, incluida la retención del metal fundido debajo de las coronas.
- Reparación o reemplazo de coronas, soportes o dientes artificiales.

Limitación

El beneficio de coronas se limita a lo siguiente:

- El reemplazo de cada unidad se limita a una vez cada sesenta (60) meses consecutivos, salvo cuando la corona ya no sea funcional según lo determine el Plan.
- Las coronas tendrán cobertura solo si al diente no le queda suficiente calidad de retención como para sostener un empaste. Por ejemplo, si las paredes bucales o linguales están fracturadas o cariadas a tal punto que no puedan sostener un empaste.
- Los laminados posteriores a la segunda bicúspide se consideran opcionales. Se realizará una asignación para una corona completamente fundida.

El beneficio de puente fijo se limita a lo siguiente:

- Los puentes fijos se usarán solamente cuando uno parcial no pueda restaurar satisfactoriamente el caso. Se considera un tratamiento opcional si se utilizan puentes fijos cuando uno parcial podría restaurar satisfactoriamente el caso.
- Un puente fijo tiene cobertura cuando es necesario reemplazar un diente anterior permanente faltante en una persona de dieciséis (16) años o más, y la salud bucal y la condición dental en general del paciente lo permiten.
- Los puentes fijos que se utilizan para reemplazar dientes posteriores faltantes se consideran opcionales cuando los dientes con soporte están sanos a nivel odontológico y se les coloraría una corona únicamente para soportar un diente artificial.
- Los puentes fijos son opcionales cuando se proporcionan en relación con una prótesis dental parcial en el mismo arco.
- El reemplazo de un puente fijo existente tiene cobertura solo cuando no se puede reparar satisfactoriamente.
- Las limitaciones de frecuencia se calculan sobre la fecha exacta.
- Prótesis fija (cada retenedor y cada pónico constituyen una unidad en una dentadura parcial fija (puente)).
- Se cobra un copago adicional de \$125 por unidad para los planes de tratamiento de siete (7) unidades o más.
- Existe un copago adicional de \$75 por unidad para la porcelana en las muelas.
- Se aplicarán tarifas reales para cualquier procedimiento que implique metales nobles, altamente nobles o de titanio.
- Los implantes y los procedimientos relacionados con implantes no tienen cobertura.

El programa permite hasta cinco unidades de corona o puentes por arco. En la sexta unidad, el tratamiento se considera reconstrucción de la boca completa, lo cual es un tratamiento opcional.

Prótesis extraíble

Descripción

El beneficio de prótesis extraíble incluye lo siguiente:

- Prótesis dentales, maxilar completa, mandibular completa, parcial superior, parcial inferior, dientes, ganchos y placas de relajación
- Realineados o reajustes en laboratorio o consultorio
- Reparación de prótesis dental
- Ajuste de prótesis dental
- Acondicionamiento de los tejidos
- Duplicación de prótesis dental
- Dentaduras postizas parciales

Limitaciones

El beneficio de prótesis extraíble se limita a lo siguiente:

- Las prótesis dentales parciales no se reemplazarán dentro de los sesenta (60) meses consecutivos, a menos que:
 1. Sea necesario debido a la pérdida de dientes naturales, donde la incorporación o el reemplazo de los dientes en la prótesis parcial existente no sea factible.
 2. La prótesis dental no sea satisfactoria y no pueda hacerse satisfactoria.
- El beneficio odontológico cubierto para las prótesis dentales parciales se limitará a los cargos por una prótesis dental de metal fundido de cromo o de acrílico, si esto restaurara satisfactoriamente un arco. Si el paciente y el dentista eligen un aparato más elaborado o de mayor precisión y no es necesario restaurar satisfactoriamente un arco, el paciente será responsable de todos los cargos adicionales.
- Una prótesis dental parcial extraíble se considera una restauración adecuada en el caso en que falten dientes en ambos lados del arco dental. Otros tratamientos para dichos casos se consideran opcionales.
- La prótesis dental completa superior y/o inferior no se reemplazará dentro de los sesenta (60) meses consecutivos a menos que la prótesis dental existente no sea satisfactoria y que no sea posible hacerla satisfactoria con realineado o reparación.
- El beneficio odontológico cubierto para la prótesis dental completa se limitará al nivel de beneficio para un procedimiento estándar. Si el paciente y el dentista seleccionan un tratamiento más personalizado o especializado, el paciente tendrá que pagar todos los cargos adicionales.
- Los realineados o reajustes en el consultorio o laboratorio se limitan a uno (1) por arco en cualquier período de doce (12) meses consecutivos.
- El acondicionamiento de los tejidos se limita a dos por prótesis dental.
- Los implantes se consideran un beneficio opcional.
- Las limitaciones de frecuencia se calculan sobre la fecha exacta.
- Prótesis fija (cada retenedor y cada pónico constituyen una unidad en una dentadura parcial fija (puente)).
- Se cobra un copago adicional de \$125 por unidad para los planes de tratamiento de siete (7) unidades o más.



- Existe un copago adicional de \$75 por unidad para la porcelana en molares. Se aplicarán tarifas reales de metales para cualquier procedimiento que implique metales nobles, altamente nobles o de titanio.
- El reemplazo de los retenedores y dientes artificiales requiere que el puente existente tenga 5 años o más.

Otros beneficios

Descripción

Otros beneficios odontológicos incluyen lo siguiente:

- Anestésicos locales
- Sedantes por vía oral cuando los administra en un consultorio odontológico un profesional que actúa dentro del alcance de su certificación profesional
- Óxido nitroso cuando lo administra en un consultorio odontológico un profesional que actúa dentro del alcance de su certificación profesional
- Tratamiento de emergencia, tratamiento paliativo
- Protección oclusal, por informe
- Blanqueamiento externo: por arco
- Coordinación de los beneficios con el plan de salud del miembro en caso de que el lugar de la hospitalización o de la cirugía ambulatoria sea médicamente adecuado para los servicios odontológicos

Beneficios de ortodoncia

El tratamiento de ortodoncia incluye únicamente la ortodoncia necesaria desde el punto de vista médico y se limita a los individuos de hasta 19 años.

Exclusiones solo para adultos

Los siguientes beneficios dentales están excluidos en virtud del plan para **individuos de 19 años o más**:

1. Cualquier servicio que no aparezca específicamente como servicio cubierto.
2. Servicios que, según la opinión del dentista que atiende, no son necesarios para la salud odontológica del Miembro.
3. Servicios experimentales o de investigación, incluyendo cualquier tratamiento, terapia, procedimiento, medicamentos o uso de fármacos, instalación o uso, el equipo o uso de equipaje, aparato o dispositivo de uso o suministro que no es reconocido por ser de conformidad con las normas profesionales generalmente aceptadas o para los que la seguridad y eficacia no se han determinado para su uso en el tratamiento para el que se recomienda prescribir o el artículo o servicio en cuestión.
4. Los servicios, ofrecidos sin costo alguno para el miembro por el gobierno estatal o una agencia del mismo, o cualquier municipalidad, condado u otras subdivisiones.
5. Costos de tratamientos adicionales incurridos porque un procedimiento dental no puede realizarse en el consultorio del dentista debido al estado general de salud y las limitaciones físicas del miembro.



6. Servicios dentales que se reciben en un centro de atención de emergencia para condiciones que no son emergencias si el abonado razonablemente debería haber sabido que una situación de emergencia no existiera.
7. Gastos dentales incurridos en relación con cualquier procedimiento dental iniciado después de la terminación de la cobertura o antes de la fecha en que el miembro fuera elegible para tales servicios.
8. Los procedimientos, aparatos o restauraciones para corregir malformaciones congénitas o de desarrollo no son beneficios cubiertos a menos que aparezcan específicamente en la sección "Beneficios" arriba.
9. Cargos hospitalarios de cualquier tipo.
10. Entrega de medicamentos que no se suelen proporcionar en un consultorio dental.
11. Cirugía mayor por fracturas y dislocaciones.
12. Pérdida o robo de prótesis dentales o puentes sin la documentación adecuada (es decir, informe de la policía o desastre natural).
13. Tumores malignos.
14. El costo de los metales preciosos que se utilizan en cualquier forma de beneficios odontológicos.
15. Los implantes y los servicios relacionados con el implante.
16. Colocación y sustitución de puentes cementados con resina/Maryland y Cantilever.
17. Extracción de dientes sin patología, incluidos los dientes supernumerarios (a menos que sea para ortodoncias médicamente necesarias).
18. Atención odontológica estética.
19. Servicios de un dentista infantil/dentista pediátrico, excepto cuando el miembro no puede ser tratado por su proveedor del grupo, o cuando el tratamiento con un dentista infantil/dentista pediátrico es necesario desde el punto de vista médico o su proveedor del grupo es un dentista infantil/ dentista pediátrico.



Notas finales de los diseños del Plan de beneficios dentales estándar de 2017

Notas sobre los beneficios de salud esenciales de odontología pediátrica (solo se aplican a la parte pediátrica del plan odontológico infantil, del plan odontológico familiar o del plan odontológico grupal).

- 1) No se aplica el deducible a los servicios de diagnóstico y prevención.
- 2) Los pagos de costo compartido realizados por cada hijo para servicios cubiertos dentro de la red se acumulan para el máximo en efectivo del hijo. Una vez que se ha alcanzado el máximo en efectivo individual del hijo, el plan paga todos los costos de los servicios cubiertos de ese hijo.
- 3) En un plan con dos hijos o más, los pagos de costo compartido realizados por cada hijo para servicios cubiertos dentro de la red se contribuyen al máximo en efectivo de la familia.
- 4) En un plan con dos o más hijos, los pagos de costo compartido realizados por cada hijo individual para servicios cubiertos fuera de la red contribuyen para el deducible familiar fuera de la red, si corresponde, y no se acumulan para el máximo en efectivo familiar.
- 5) La administración de estos diseños de planes debe cumplir con los requisitos del plan de referencia de beneficios de salud esenciales de odontología pediátrica, incluida la cobertura de servicios en circunstancias de necesidad médica según se definen en el beneficio de detección, diagnóstico y tratamiento periódico temprano (Early Periodic Screening, Diagnosis and Treatment, EPSDT).
- 6) Se deben aplicar los requisitos establecidos en el Código de Regulaciones de California, Título 10, Sección 6522 (a)(4)(A) y (a)(5)(A) al diseño del plan odontológico grupal.
- 7) El costo compartido del miembro por servicios de ortodoncia necesarios desde el punto de vista médico se aplica al esquema de tratamiento, no a los años de beneficio individuales en un esquema de tratamiento de más de un año. Este costo compartido del miembro se aplica al esquema de tratamiento siempre que el miembro continúe inscrito en el plan.

Notas sobre los beneficios dentales para adultos (solo aplicables al plan odontológico familiar y al plan odontológico grupal).

- 1) Cada adulto es responsable de un deducible individual.
- 2) No se aplica el deducible a los servicios de diagnóstico y prevención.
- 3) Se deben aplicar los requisitos establecidos en el Código de Regulaciones de California, Título 10, Sección 6522 (a)(4)(A) y (a)(5)(A) al diseño del plan odontológico grupal.
- 4) El blanqueamiento dental, la ortodoncia y los implantes para adultos no son servicios cubiertos.