



By
meridian.



HealthChoice
Illinois

Detalles de los beneficios dentales

2026

Este documento proporciona detalles adicionales acerca de los beneficios dentales complementarios que tienen cobertura de nuestro plan. Los *Detalles de los beneficios dentales* se aplican a los paquetes de beneficios del plan de 2026 que se muestran en las páginas siguientes. Para obtener más información sobre este documento o sus beneficios dentales, póngase en contacto con Servicios al Miembro a través del número de teléfono o la dirección web que aparece en la contraportada de la *Evidencia de Cobertura* o en su tarjeta de ID de miembro.



Los *Detalles de los beneficios dentales* se aplican a los paquetes de beneficios del plan de 2025 que se muestran a continuación. El paquete de beneficios del plan está en la cubierta de la *Evidencia de Cobertura*, en la esquina inferior derecha.

| Estado | Paquete de beneficios del plan | Nombre del Plan |
|--------|--------------------------------|--|
| IL | H6971001000 | Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP) |

Descargo de responsabilidad:

IL HMO D-SNP (H6971): Wellcare es la marca de Medicare para Centene Corporation, un plan HMO, PPO, PFFS, PDP con un contrato de Medicare; es un patrocinador aprobado de la Parte D. Nuestros planes D-SNP tienen un contrato con el programa Medicaid estatal. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato.

Comuníquese con su plan para obtener detalles.

Beneficios dentales cubiertos: Nuestro plan proporciona cobertura para los servicios dentales que se describen a continuación. Consulte su *Evidencia de Cobertura* del 2026 para conocer cualquier gasto compartido aplicable y el beneficio máximo. Los códigos cubiertos entre D0120 y D1208 no se contabilizan para el máximo anual del plan. Los códigos dentales marcados con un asterisco (*) tienen cobertura y son adjudicados por su plan de Medicaid. Los códigos cubiertos por Medicaid no contabilizan para el máximo anual del plan y están sujetos a las reglas del plan de Medicaid. Los códigos cubiertos marcados con una (^) son una lista parcial que puede requerir autorización previa (pueden existir otros códigos aplicables).

Programa de beneficios dentales del 2026

| Código | Descripción del código | Periodicidad |
|---|---|--|
| Servicios de diagnóstico (preventivos) | | |
| D0120* | Evaluación bucal periódica | Servicio cubierto por Medicaid |
| D0140* | Evaluación bucal limitada | Servicio cubierto por Medicaid |
| D0150* | Evaluación bucal integral | Servicio cubierto por Medicaid |
| D0160 | Evaluación de salud bucal, con enfoque en el problema | 2 (D0140*, D0160, D9310*, D9430, D9440) cada año del plan. |
| D0180 | Evaluación periodontal completa | 2 (D0180) cada año del plan; no en la misma fecha que un D0120* o D0150*. |
| D0210* | Serie completa e intraoral de imágenes radiográficas | Servicio cubierto por Medicaid |
| D0240 | Imagen radiográfica oclusal, intraoral | 1 (D0240) cada año del plan |
| D0251 | Imagen radiográfica dental posterior extraoral | 2 (D0251) cada año del plan |
| D0273 | Aleta de mordida, tres imágenes radiográficas | 2 (D0270-D0277*) cada año del plan. Reembolso máximo por la cantidad de radiografías en una sola fecha de servicios limitado al reembolso permitido para una serie bucal completa. |

| Código | Descripción del código | Periodicidad |
|--------|--|---|
| D0277* | Aletas de mordida verticales, de 7 a 8 imágenes radiográficas | Servicio cubierto por Medicaid |
| D0330* | Imagen radiográfica panorámica | Servicio cubierto por Medicaid |
| D0350 | Imagen fotográfica bucal/facial 2D, intrabucal/extrabucal | 1 (D0350) cada año del plan |
| D0391 | Interpretación de imágenes de diagnóstico por parte de un médico que no esté asociado con la toma de las imágenes, incluido el informe | 1 (D0391) por fecha de servicio; solo se permite cuando se envía junto con (D0701, D0703, D0706-D0709). |
| D0460 | Prueba de vitalidad pulpar | 1 (D0460) por visita. |
| D0701 | Imagen radiográfica panorámica, solo la captura | 1 (D0210, D0330, D0701, D0709) cada 3 años del plan |
| D0703 | Imagen fotográfica 2D, solo la captura | 1 (D0703) cada 3 años del plan |
| D0706 | Intrabucal, imagen radiográfica oclusal, solo la captura | 2 (D0706) cada año del plan. |
| D0707 | Intrabucal, imagen radiográfica periapical, solo la captura | 1 (D0707) por fecha de servicio |
| D0708 | Intrabucal, imagen radiográfica interproximal, solo la captura | 2 (D0708) cada año del plan. |
| D0709 | Serie completa e intraoral de imágenes radiográficas, solo la captura | 1 (D0210*, D0330*, D0701, D0709) cada 3 años del plan |
| D1110* | Profilaxis, adulto | Servicio cubierto por Medicaid |
| D1206 | Barniz de fluoruro | 1 (D1206, D1208) cada año del plan |
| D1208 | Aplicación tópica de flúor, no incluye el barniz | 1 (D1206, D1208) cada año del plan |

| Código | Descripción del código | Periodicidad |
|-----------------------------|---|---|
| D1355 | Aplicación de un medicamento para prevenir la caries dental | 1 (D1355) por diente cada 6 meses. |
| Servicios integrales | | |
| D2390 | Corona compuesta a base de resina, anterior | 1 (D2390) por diente, cada 2 años del plan. Debe tener al menos un 50% de soporte óseo restante. |
| D2710 ^P | Corona, compuesto a base de resina (indirecto) | 1 (D2710, D2720, D2721, D2722, D2740*, D2750*, D2751*, D2752*, D2753*, D2790*, D2791*, D2792*, D2794, D6210-D6252, D6740-D6753*, D6790*, D6791*, D6792*, D6794) por diente cada 7 años del plan, a menos que la pérdida de un diente adicional requiera la construcción de un nuevo aparato; requiere una pérdida extensa de la estructura dental debido a caries o fracturas; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante; cuando faltan molares y premolares (excluyendo las muelas de juicio) en ambos cuadrantes del mismo arco, las solicitudes de puentes se denegarán. |
| D2720 ^P | Corona, compuesto a base de resina (indirecto) | 1 (D2710, D2720, D2721, D2722, D2740*, D2750*, D2751*, D2752*, D2753*, D2790*, D2791*, D2792*, D2794, D6210-D6252, D6740-D6753*, D6790*, D6791*, D6792*, D6794) por diente cada 7 años del plan, a menos que la pérdida de un diente adicional requiera la construcción de un nuevo aparato; requiere una pérdida extensa de la estructura dental debido a caries o fracturas; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante; cuando faltan molares y premolares (excluyendo las muelas de juicio) en ambos cuadrantes del mismo arco, las solicitudes de puentes se denegarán. |



By
meridian.



HealthChoice
Illinois

| Código | Descripción del código | Periodicidad |
|--------------------|---|---|
| D2721 ^P | Corona, resina con metal común predominante | 1 (D2710, D2720, D2721, D2722, D2740*, D2750*, D2751*, D2752*, D2753*, D2790*, D2791*, D2792*, D2794, D6210-D6252, D6740-D6753*, D6790*, D6791*, D6792*, D6794) por diente cada 7 años del plan, a menos que la pérdida de un diente adicional requiera la construcción de un nuevo aparato; requiere una pérdida extensa de la estructura dental debido a caries o fracturas; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante; cuando faltan molares y premolares (excluyendo las muelas de juicio) en ambos cuadrantes del mismo arco, las solicitudes de puentes se denegarán. |
| D2722 ^P | Corona, resina con metal noble | 1 (D2710, D2720, D2721, D2722, D2740*, D2750*, D2751*, D2752*, D2753*, D2790*, D2791*, D2792*, D2794, D6210-D6252, D6740-D6753*, D6790*, D6791*, D6792*, D6794) por diente cada 7 años del plan, a menos que la pérdida de un diente adicional requiera la construcción de un nuevo aparato; requiere una pérdida extensa de la estructura dental debido a caries o fracturas; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante; cuando faltan molares y premolares (excluyendo las muelas de juicio) en ambos cuadrantes del mismo arco, las solicitudes de puentes se denegarán. |
| D2740* | Corona de porcelana o cerámica | Servicio cubierto por Medicaid |
| D2750* | Corona, porcelana fusionada con un metal altamente noble | Servicio cubierto por Medicaid |
| D2751* | Corona, porcelana fusionada con un metal común predominante | Servicio cubierto por Medicaid |
| D2752* | Corona, porcelana fusionada con un metal noble | Servicio cubierto por Medicaid |

| Código | Descripción del código | Periodicidad |
|--------------------|---|---|
| D2753* | Corona, porcelana fusionada con aleación de titanio | Servicio cubierto por Medicaid |
| D2790* | Corona, completa de metal altamente noble fundido | Servicio cubierto por Medicaid |
| D2791* | Corona, completa de metal común predominante fundido | Servicio cubierto por Medicaid |
| D2792* | Corona, completa de metal noble fundido | Servicio cubierto por Medicaid |
| D2794 ^P | Corona, titanio | 1 (D2710, D2720, D2721, D2722, D2740*, D2750*, D2751*, D2752*, D2753*, D2790*, D2791*, D2792*, D2794, D6210-D6252, D6740-D6753*, D6790*, D6791*, D6792*, D6794) por diente cada 7 años del plan, a menos que la pérdida de un diente adicional requiera la construcción de un nuevo aparato; requiere una pérdida extensa de la estructura dental debido a caries o fracturas; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante; cuando faltan molares y premolares (excluyendo las muelas de juicio) en ambos cuadrantes del mismo arco, las solicitudes de puentes se denegarán. |
| D2928 | Corona de porcelana o cerámica prefabricada | 1 (D2928, D2931*) cada 3 años del plan, por diente. No incluye las muelas de juicio, a menos que sea médicaamente necesario. Debe tener un soporte óseo del 50% como mínimo. |
| D2931* | Corona prefabricada de acero inoxidable, diente permanente | Servicio cubierto por Medicaid |
| D2950* | Reconstrucción de muñón dental, incluye pernos cuando se necesite | Servicio cubierto por Medicaid |

| Código | Descripción del código | Periodicidad |
|--------------------|---|--|
| D2952 ^P | Perno y muñón dental además de la corona, indirectamente fabricados | 1 (D2950*, D2952-D2954*, D2957) por diente cada 7 años del plan. Solo cuando es necesario para poder proporcionar soporte a una corona aprobada. |
| D2953 ^P | Cada perno adicional indirectamente fabricado, mismo diente | 1 (D2950*, D2952-D2954*, D2957) por diente cada 7 años del plan. Solo cuando es necesario para poder proporcionar soporte a una corona aprobada. |
| D2954* | Perno y núcleo prefabricados, además de la corona | Servicio cubierto por Medicaid |
| D2955 | Extracción de perno | 1 (D2955) por diente, cada 7 años del plan. |
| D2957 | Cada perno prefabricado adicional, mismo diente | 1 (D2950*, D2952-D2954*, D2957) por diente cada 7 años del plan. Solo cuando es necesario para poder proporcionar soporte a una corona aprobada. |
| D2971 | Procedimiento adicional para personalizar una corona para que se ajuste de forma correcta debajo de una estructura existente de dentadura postiza parcial | 1 (D2971) por diente, cada 7 años del plan. |
| D2980 | Reparación de corona necesaria por falla del material de restauración | 1 (D2980) por diente cada 3 años del plan. |
| D3110 | Recubrimiento pulpar, directo (no incluye la restauración final) | 1 (D3110, D3120, D3220*) por diente de por vida; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante. |
| D3120 | Recubrimiento pulpar, indirecto (no incluye la restauración final) | 1 (D3110, D3120, D3220*) por diente de por vida; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante. |

| Código | Descripción del código | Periodicidad |
|---------------|---|---|
| D3220* | Pulpotomía terapéutica (no incluye la restauración final) | Servicio cubierto por Medicaid |
| D3331 | Tratamiento de obstrucción del conducto radicular; acceso no quirúrgico | 1 (D3331-D3333) por diente de por vida; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante. |
| D3332 | Terapia de endodoncia incompleta; diente inoperable, no restaurable, fracturado | 1 (D3331-D3333) por diente de por vida; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante. |
| D3333 | Reparación de la raíz interna por defectos de perforación | 1 (D3331-D3333) por diente de por vida; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante. |
| D3346 | Retratamiento de tratamiento de conducto radicular previo, anterior | 1 (D3346-D3348) por diente de por vida; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante; el retratamiento no se puede pagar al mismo proveedor en 1 año del plan siguiente al tratamiento de conducto original. |
| D3347 | Retratamiento de tratamiento de conducto radicular previo, premolar | 1 (D3346-D3348) por diente de por vida; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante; el retratamiento no se puede pagar al mismo proveedor en 1 año del plan siguiente al tratamiento de conducto original. |
| D3348 | Retratamiento de tratamiento de conducto radicular previo, molar | 1 (D3346-D3348) por diente de por vida; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante; el retratamiento no se puede pagar al mismo proveedor en 1 año del plan siguiente al tratamiento de conducto original. |
| D3351* | Apexificación/recalcificación, visita inicial | Servicio cubierto por Medicaid |
| D3352* | Apexificación/recalcificación, reemplazo de medicamento provisional | Servicio cubierto por Medicaid |

| Código | Descripción del código | Periodicidad |
|--------|---|---|
| D3353* | Apexificación/recalcificación, visita final | Servicio cubierto por Medicaid |
| D3410* | Apicectomía, anterior | Servicio cubierto por Medicaid |
| D3421 | Apicectomía, premolar (primera raíz) | 1 (D3351- D3353, D3410, D3421, D3425-D3426, D3430, D3450, D3470) por diente, por raíz, de por vida. |
| D3425 | Apicectomía, molar (primera raíz) | 1 (D3351- D3353*, D3410*, D3421, D3425-D3426, D3430, D3450, D3470) por diente, por raíz, de por vida. |
| D3426 | Apicectomía (cada raíz adicional) | 1 (D3351- D3353*, D3410*, D3421, D3425-D3426, D3430, D3450, D3470) por diente, por raíz, de por vida. |
| D3430 | Empaste retrógrado, por raíz | 1 (D3351- D3353*, D3410*, D3421, D3425-D3426, D3430, D3450, D3470) por diente, por raíz, de por vida. |
| D3450 | Amputación radicular, por raíz | 1 (D3351- D3353*, D3410*, D3421, D3425-D3426, D3430, D3450, D3470) por diente, por raíz, de por vida. |
| D3470 | Reimplante intencional (incluyendo la férula necesaria) | 1 (D3351- D3353*, D3410*, D3421, D3425-D3426, D3430, D3450, D3470) por diente, por raíz, de por vida. |
| D3920 | Hemisección, sin incluir el tratamiento de conducto radicular | 1 (D3920-3921) por diente de por vida. |
| D3921 | Decoronación o sumersión de un diente ya erupcionado | 1 (D3920-3921) por diente de por vida. |

| Código | Descripción del código | Periodicidad |
|---------------|---|-----------------------------------|
| D4212 | Gingivectomía y gingivoplastia para permitir el acceso para un procedimiento restaurativo, por diente | 1 (D4212) por diente de por vida. |
| D4240* | Procedimiento de colgajo gingival, incluyendo alisado radicular, cuatro o más dientes contiguos o en un área delimitada por dientes | Servicio cubierto por Medicaid |
| D4241* | Procedimiento de colgajo gingival, incluyendo alisado radicular, uno o tres dientes contiguos o en un área delimitada por dientes | Servicio cubierto por Medicaid |
| D4245* | Colgajo en posición apical | Servicios cubiertos por Medicaid. |
| D4270* | Procedimiento de injerto de tejido blando pediculado | Servicio cubierto por Medicaid |
| D4273* | Procedimiento de injerto de tejido conectivo autógeno, primer diente | Servicio cubierto por Medicaid |
| D4274* | Procedimiento de cuña mesial/distal, diente único | Servicio cubierto por Medicaid |
| D4275* | Injerto de tejido conectivo no autógeno, primer diente | Servicio cubierto por Medicaid |
| D4276* | Tejido conectivo e injerto pedicular combinados, por diente | Servicio cubierto por Medicaid |
| D4283* | Procedimiento de injerto de tejido conectivo autógeno, cada diente adicional, por sitio | Servicio cubierto por Medicaid |
| D4285* | Procedimiento de injerto de tejido conectivo no autógeno, cada diente adicional, por sitio | Servicio cubierto por Medicaid |

| Código | Descripción del código | Periodicidad |
|---------------|--|--|
| D4322 | Férula, intracoronal; dientes naturales o coronas protésicas | 1 (D4322-D4323) por arco cada 3 años del plan. |
| D4323 | Férula, extracoronal; dientes naturales o coronas protésicas | 1 (D4322-D4323) por arco cada 3 años del plan. |
| D4341* | Raspado y alisado radicular | Servicio cubierto por Medicaid |
| D4342* | Raspado y alisado radicular | Servicio cubierto por Medicaid |
| D4346 | Raspado en presencia de inflamación gingival moderada o grave, boca completa, después de la evaluación | 1 (D4346) cada 2 años del plan, no se permite dentro de los seis meses de D1110*, D4341*, D4342*, D4355* o D4910*. |
| D4355* | Desbridamiento bucal completo para permitir una evaluación y un diagnóstico integrales en la próxima visita. | Servicio cubierto por Medicaid |
| D4381 | Administración localizada de agentes antimicrobianos, por diente | 8 (D4381) cada 2 años del plan; al menos 28 días después de D4341* o D4342*; requiere evidencia de espacios de 5 mm o más con inflamación persistente. |
| D4910* | Mantenimiento periodontal | Servicio cubierto por Medicaid |
| D4920 | Cambio de vendaje no programado (alguien que no sea el dentista o el personal tratante) | 1 (D4920) cada año del plan por procedimiento. |
| D5110* | Dentadura completa, maxilar | Servicio cubierto por Medicaid |

| Código | Descripción del código | Periodicidad |
|--------------------|--|---|
| D5120* | Dentadura completa, mandibular | Servicio cubierto por Medicaid |
| D5130* | Dentadura inmediata, maxilar | Servicio cubierto por Medicaid |
| D5140* | Dentadura inmediata, mandibular | Servicio cubierto por Medicaid |
| D5211* | Dentadura postiza parcial maxilar, base de resina | Servicio cubierto por Medicaid |
| D5212* | Dentadura postiza parcial mandibular, base de resina | Servicio cubierto por Medicaid |
| D5213 ^P | Dentadura postiza parcial maxilar, metal fundido, base de resina | 1 (D5110*, D5130*, D5211*, D5213, D5225, D5284 o D5286) cada 5 años del plan para la mandíbula superior. |
| D5214 ^P | Dentadura postiza parcial mandibular, metal fundido, base de resina | 1 (D5120*, D5140*, D5212*, D5214, D5226, D5284 o D5286) cada 5 años del plan para la mandíbula inferior. |
| D5225 ^P | Dentadura postiza parcial maxilar, base flexible | 1 (D5110*, D5130*, D5211*, D5213, D5225, D5284 o D5286) cada 5 años del plan para la mandíbula superior. |
| D5226 ^P | Dentadura postiza parcial mandibular, base flexible | 1 (D5120*, D5140*, D5212*, D5214, D5226, D5284 o D5286) cada 5 años del plan para la mandíbula inferior. |
| D5284 ^P | Dentadura postiza parcial unilateral extraíble, base flexible, por cuadrante | 1 (D5110*, D5120*, D5130*, D5140*, D5211*, D5212*, D5213, D5214, D5225, D5226, D5284 o D5286) cada 5 años del plan para la mandíbula superior e inferior. |

| Código | Descripción del código | Periodicidad |
|--------------------|---|---|
| D5286 ^P | Dentadura postiza parcial unilateral extraíble, base de resina, por cuadrante | 1 (D5110*, D5120*, D5130*, D5140*, D5211*, D5212*, D5213, D5214, D5225, D5226, D5284 o D5286) cada 5 años del plan para la mandíbula superior e inferior. |
| D5410 | Ajuste de la dentadura completa, maxilar | 1 (D5410-D5512, D5611-D5622) por arco, cada año del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluida la dentadura si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis. |
| D5411 | Ajuste de la dentadura completa, mandibular | 1 (D5410-D5512, D5611-D5622) por arco, cada año del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluida la dentadura si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis. |
| D5421 | Ajuste de la dentadura postiza parcial, maxilar | 1 (D5410-D5512, D5611-D5622) por arco, cada año del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluida la dentadura si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis. |
| D5422 | Ajuste de la dentadura postiza parcial, mandibular | 1 (D5410-D5512, D5611-D5622) por arco, cada año del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluida la dentadura si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis. |
| D5511 | Reparación de base de dentadura postiza completa rota, mandibular | 1 (D5410-D5512, D5611-D5622) por arco, cada año del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluida la dentadura si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis. |
| D5512 | Reparación de base de dentadura postiza completa rota, maxilar | 1 (D5410-D5512, D5611-D5622) por arco, cada año del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluida la dentadura si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis. |
| D5520 | Reemplazo de dientes faltantes o rotos, dentadura postiza completa | 1 (D5520, D5630, D5640, D5650) por diente, cada año del plan; incluida la dentadura si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis; solo 1 (D5660) por arco cada año del plan; solo 1 de cualquiera (D5670-D5671) por arco cada 2 años del plan. |
| D5611 | Reparación de base de dentadura postiza parcial de resina, mandibular | 1 (D5410-D5512, D5611-D5622) por arco, cada año del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluida la dentadura si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis. |

| Código | Descripción del código | Periodicidad |
|--------|---|---|
| D5612 | Reparación de base de dentadura postiza parcial de resina, maxilar | 1 (D5410-D5512, D5611-D5622) por arco, cada año del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluida la dentadura si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis. |
| D5621 | Reparación de estructura parcial de fundición, mandibular | 1 (D5410-D5512, D5611-D5622) por arco, cada año del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluida la dentadura si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis. |
| D5622 | Reparación de estructura parcial de fundición, maxilar | 1 (D5410-D5512, D5611-D5622) por arco, cada año del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluida la dentadura si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis. |
| D5630 | Reparación o reemplazo del gancho de retención roto, por diente | 1 (D5520, D5630, D5640, D5650) por diente, cada año del plan; incluida la dentadura si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis; 1 (D5660) por arco cada año del plan; 1 (D5670-D5671) por arco cada 2 años del plan. |
| D5640 | Reemplazo de dientes rotos, por diente | 1 (D5520, D5630, D5640, D5650) por diente, cada año del plan; incluida la dentadura si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis; 1 (D5660) por arco cada año del plan; 1 (D5670-D5671) por arco cada 2 años del plan. |
| D5650 | Agregado de diente a dentadura postiza parcial existente | 1 (D5520, D5630, D5640, D5650) por diente, cada año del plan; incluida la dentadura si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis; 1 (D5660) por arco cada año del plan; 1 (D5670-D5671) por arco cada 2 años del plan. |
| D5660 | Agregado de gancho a dentadura postiza parcial existente, por diente | 1 (D5520, D5630, D5640, D5650) por diente, cada año del plan; incluida la dentadura si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis; 1 (D5660) por arco cada año del plan; 1 (D5670-D5671) por arco cada 2 años del plan. |
| D5670 | Reemplazo de todos los dientes y el acrílico en la estructura de metal fundido, maxilar | 1 (D5520, D5630, D5640, D5650) por diente, cada año del plan; incluida la dentadura si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis; 1 (D5660) por arco cada año del plan; 1 (D5670-D5671) por arco cada 2 años del plan. |

| Código | Descripción del código | Periodicidad |
|--------------|--|---|
| D5671 | Reemplazo de todos los dientes y el acrílico en la estructura de metal fundido, mandibular | 1 (D5520, D5630, D5640, D5650) por diente, cada año del plan; incluida la dentadura si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis; 1 (D5660) por arco cada año del plan; 1 (D5670-D5671) por arco cada 2 años del plan. |
| D5710 | Rebasado de la dentadura postiza maxilar completa | 1 (D5710-D5721, D5730-D5761) por arco, cada 2 años del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluso si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis. |
| D5711 | Rebasado de la dentadura postiza mandibular completa | 1 (D5710-D5721, D5730-D5761) por arco, cada 2 años del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluso si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis. |
| D5720 | Rebasado de la dentadura postiza maxilar parcial | 1 (D5710-D5721, D5730-D5761) por arco, cada 2 años del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluso si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis. |
| D5721 | Rebasado de la dentadura postiza mandibular parcial | 1 (D5710-D5721, D5730-D5761) por arco, cada 2 años del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluso si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis. |
| D5730 | Recubrimiento de la dentadura maxilar completa, en el consultorio odontológico | 1 (D5710-D5721, D5730-D5761) por arco, cada 2 años del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluso si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis. |
| D5731 | Recubrimiento de la dentadura mandibular completa, en el consultorio odontológico | 1 (D5710-D5721, D5730-D5761) por arco, cada 2 años del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluso si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis. |
| D5740 | Recubrimiento de la dentadura parcial maxilar, en el consultorio odontológico | 1 (D5710-D5721, D5730-D5761) por arco, cada 2 años del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluso si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis. |
| D5741 | Recubrimiento de la dentadura parcial mandibular, en el consultorio odontológico | 1 (D5710-D5721, D5730-D5761) por arco, cada 2 años del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluso si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis. |

| Código | Descripción del código | Periodicidad |
|--------|---|---|
| D5750 | Recubrimiento de la dentadura maxilar completa, en el laboratorio protésico | 1 (D5710-D5721, D5730-D5761) por arco, cada 2 años del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluso si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis. |
| D5751 | Recubrimiento de la dentadura mandibular completa, en el laboratorio protésico | 1 (D5710-D5721, D5730-D5761) por arco, cada 2 años del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluso si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis. |
| D5760 | Recubrimiento de la dentadura parcial maxilar, en el laboratorio protésico | 1 (D5710-D5721, D5730-D5761) por arco, cada 2 años del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluso si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis. |
| D5761 | Recubrimiento de la dentadura parcial mandibular, en el laboratorio protésico | 1 (D5710-D5721, D5730-D5761) por arco, cada 2 años del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluso si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis. |
| D5765 | Revestimiento blando para dentadura postiza removible parcial o completa, indirecto | 1 (D5765) por arco, cada 2 años del plan, no dentro de los seis meses posteriores a la entrega de la dentadura postiza. |
| D5850 | Acondicionamiento de tejidos, maxilar | 1 (D5850-D5851) por arco, cada año del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluso si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis. |
| D5851 | Acondicionamiento de tejidos, mandibular | 1 (D5850-D5851) por arco, cada año del plan; debe ser posterior a 6 meses después de la entrega; incluso si se encuentra dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de la prótesis. |
| D6210* | Póntico, metal altamente noble fundido | Servicio cubierto por Medicaid |
| D6211* | Póntico, metal común predominante fundido | Servicio cubierto por Medicaid |
| D6212* | Póntico, titanio | Servicio cubierto por Medicaid |

| Código | Descripción del código | Periodicidad |
|--------------------|--|---|
| D6214 ^P | Póntico, titanio | 1 (D2710, D2720, D2721, D2722, D2740*, D2750*, D2751*, D2752, D2753*, D2790*, D2791*, D2792*, D2794, D6210-D6252*, D6740-D6753*, D6790*, D6791*, D6792*, D6794) por diente cada 7 años del plan, a menos que la pérdida de un diente adicional requiera la construcción de un nuevo aparato; requiere una pérdida extensa de la estructura dental debido a caries o fracturas; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante; cuando faltan molares y premolares (excluyendo las muelas de juicio) en ambos cuadrantes del mismo arco, las solicitudes de puentes se denegarán. |
| D6240* | Póntico, porcelana fusionada con un metal altamente noble | Servicio cubierto por Medicaid |
| D6241* | Póntico, porcelana fusionada con un metal común predominante | Servicio cubierto por Medicaid |
| D6242* | Póntico, porcelana fusionada con un metal noble | Servicio cubierto por Medicaid |
| D6243 ^P | Póntico, porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio | 1 (D2710, D2720, D2721, D2722, D2740*, D2750*, D2751*, D2752, D2753*, D2790*, D2791*, D2792*, D2794, D6210-D6252*, D6740-D6753*, D6790*, D6791*, D6792*, D6794) por diente cada 7 años del plan, a menos que la pérdida de un diente adicional requiera la construcción de un nuevo aparato; requiere una pérdida extensa de la estructura dental debido a caries o fracturas; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante; cuando faltan molares y premolares (excluyendo las muelas de juicio) en ambos cuadrantes del mismo arco, las solicitudes de puentes se denegarán. |



By
meridian.



HealthChoice
Illinois

| Código | Descripción del código | Periodicidad |
|--------------------|--|---|
| D6245 ^P | Póntico, porcelana o cerámica | 1 (D2710, D2720, D2721, D2722, D2740*, D2750*, D2751*, D2752, D2753*, D2790*, D2791*, D2792*, D2794, D6210-D6252*, D6740-D6753*, D6790*, D6791*, D6792*, D6794) por diente cada 7 años del plan, a menos que la pérdida de un diente adicional requiera la construcción de un nuevo aparato; requiere una pérdida extensa de la estructura dental debido a caries o fracturas; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante; cuando faltan molares y premolares (excluyendo las muelas de juicio) en ambos cuadrantes del mismo arco, las solicitudes de puentes se denegarán. |
| D6250 ^P | Póntico, resina con metal altamente noble | 1 (D2710, D2720, D2721, D2722, D2740*, D2750*, D2751*, D2752, D2753*, D2790*, D2791*, D2792*, D2794, D6210-D6252*, D6740-D6753*, D6790*, D6791*, D6792*, D6794) por diente cada 7 años del plan, a menos que la pérdida de un diente adicional requiera la construcción de un nuevo aparato; requiere una pérdida extensa de la estructura dental debido a caries o fracturas; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante; cuando faltan molares y premolares (excluyendo las muelas de juicio) en ambos cuadrantes del mismo arco, las solicitudes de puentes se denegarán. |
| D6251* | Póntico, resina con metal común predominante | Servicio cubierto por Medicaid |
| D6252 ^P | Póntico, resina con metal noble | 1 (D2710, D2720, D2721, D2722, D2740*, D2750*, D2751*, D2752, D2753*, D2790*, D2791*, D2792*, D2794, D6210-D6252*, D6740-D6753*, D6790*, D6791*, D6792*, D6794) por diente cada 7 años del plan, a menos que la pérdida de un diente adicional requiera la construcción de un nuevo aparato; requiere una pérdida extensa de la estructura dental debido a caries o fracturas; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante; cuando faltan molares y premolares (excluyendo las muelas de juicio) en ambos cuadrantes del mismo arco, las solicitudes de puentes se denegarán. |
| D6740 ^P | Corona retenedora, porcelana o | 1 (D2710, D2720, D2721, D2722, D2740*, D2750*, |

| Código | Descripción del código | Periodicidad |
|--------------------|--|--|
| | cerámica | D2751*, D2752, D2753*, D2790*, D2791*, D2792*, D2794, D6210-D6252*, D6740-D6753*, D6790*, D6791*, D6792*, D6794) por diente cada 7 años del plan, a menos que la pérdida de un diente adicional requiera la construcción de un nuevo aparato; requiere una pérdida extensa de la estructura dental debido a caries o fracturas; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante; cuando faltan molares y premolares (excluyendo las muelas de juicio) en ambos cuadrantes del mismo arco, las solicitudes de puentes se denegarán. |
| D6750* | Corona, porcelana fusionada con un metal altamente noble | Servicio cubierto por Medicaid |
| D6751* | Corona retenedora, porcelana fusionada con un metal común predominante | Servicio cubierto por Medicaid |
| D6752* | Corona retenedora, porcelana fusionada con un metal noble | Servicio cubierto por Medicaid |
| D6753* | Corona retenedora, porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio | Servicio cubierto por Medicaid |
| D6790* | Corona retenedora, completa de metal altamente noble fundido | Servicio cubierto por Medicaid |
| D6791* | Corona retenedora, completa de metal común predominante fundido | Servicio cubierto por Medicaid |
| D6792* | Corona retenedora, completa de metal noble fundido | Servicio cubierto por Medicaid |
| D6794 ^P | Corona retenedora, titanio | 1 (D2710, D2720, D2721, D2722, D2740*, D2750*, D2751*, D2752, D2753*, D2790*, D2791*, D2792*, |

| Código | Descripción del código | Periodicidad |
|--------|--|---|
| | | D2794, D6210-D6252*, D6740-D6753*, D6790*, D6791*, D6792*, D6794) por diente cada 7 años del plan, a menos que la pérdida de un diente adicional requiera la construcción de un nuevo aparato; requiere una pérdida extensa de la estructura dental debido a caries o fracturas; requiere al menos un 50% de soporte óseo restante; cuando faltan molares y premolares (excluyendo las muelas de juicio) en ambos cuadrantes del mismo arco, las solicitudes de puentes se denegarán. |
| D7140* | Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta | Servicio cubierto por Medicaid |
| D7210* | Extracción, diente erupcionado que requiere extracción de hueso o corte del diente | Servicio cubierto por Medicaid |
| D7220* | Extracción de diente retenido, tejido blando | Servicio cubierto por Medicaid |
| D7230* | Extracción de diente retenido, parcialmente ósea | Servicio cubierto por Medicaid |
| D7240* | Extracción de diente retenido, completamente ósea | Servicio cubierto por Medicaid |
| D7241* | Extracción de diente retenido, completamente ósea, complicación | Servicio cubierto por Medicaid |
| D7250* | Extracción de restos radiculares (procedimiento de corte) | Servicio cubierto por Medicaid |

| Código | Descripción del código | Periodicidad |
|--------|--|---|
| D7251* | Coronectomía, extracción parcial intencional del diente, solo el diente retenido | Servicio cubierto por Medicaid |
| D7260 | Cierre de fistula oroantral | 1 (D7260, D7261) por cuadrante, por fecha de servicio. |
| D7261 | Cierre primario de una perforación sinusal | 1 (D7260, D7261) por cuadrante, por fecha de servicio. |
| D7270* | Reimplante o estabilización de diente, accidente | Servicio cubierto por Medicaid |
| D7272 | Trasplante de diente | 1 (D7270-D7282*) por diente de por vida. |
| D7280* | Exposición de un diente retenido | Servicio cubierto por Medicaid |
| D7282 | Movilización de un diente erupcionado o mal posicionado | 1 (D7270-D7282*) por diente de por vida. |
| D7285 | Biopsia por incisión del tejido bucal, duro (hueso, diente) | 1 (D7285, D7286, D7288) cada 2 años del plan; 1 (D7287) por sitio, cada 2 años del plan. |
| D7286 | Biopsia por incisión del tejido bucal, blando | 1 (D7285, D7286, D7288) cada 2 años del plan; 1 (D7287) por sitio, cada 2 años del plan. |
| D7287 | Recolección de muestras citológicas exfoliativas | 1 (D7285, D7286, D7288) cada 2 años del plan; 1 (D7287) por sitio, cada 2 años del plan. |

| Código | Descripción del código | Periodicidad |
|--------|--|--|
| D7288 | Biopsia con cepillo, obtención de muestra transepitelial | 1 (D7285, D7286, D7288) cada 2 años del plan; 1 (D7287) por sitio, cada 2 años del plan. |
| D7340 | Vestibuloplastia, extensión del reborde (epitelización secundaria) | 1 (D7340, D7350) por cuadrante, cada 5 años del plan. |
| D7350 | Vestibuloplastia, extensión del reborde | 1 (D7340, D7350) por cuadrante, cada 5 años del plan. |
| D7410* | Extirpación de lesión benigna, hasta 1.25 cm | Servicio cubierto por Medicaid |
| D7411* | Extirpación de lesión benigna, mayor a 1.25 cm | Servicio cubierto por Medicaid |
| D7412* | Extirpación de lesión benigna, complicada | Servicio cubierto por Medicaid |
| D7413* | Extirpación de lesión maligna, hasta 1.25 cm | Servicio cubierto por Medicaid |
| D7414* | Extirpación de lesión maligna, mayor a 1.25 cm | Servicio cubierto por Medicaid |
| D7415* | Extirpación de lesión maligna, complicada | Servicio cubierto por Medicaid |
| D7440* | Extirpación de tumor maligno, hasta 1.25 cm | Servicio cubierto por Medicaid |

| Código | Descripción del código | Periodicidad |
|--------|---|---------------------------------------|
| D7441* | Extirpación de tumor maligno, mayor a 1.25 cm | Servicio cubierto por Medicaid |
| D7450* | Extracción de quiste/tumor odontógeno benigno, hasta 1.25 cm | Servicio cubierto por Medicaid |
| D7451* | Extracción de quiste/tumor odontógeno benigno, mayor a 1.25 cm | Servicio cubierto por Medicaid |
| D7460* | Extracción de quiste/tumor no odontógeno benigno, hasta 1.25 cm | Servicio cubierto por Medicaid |
| D7461* | Extracción de quiste/tumor no odontógeno benigno, mayor a 1.25 cm | Servicio cubierto por Medicaid |
| D7465* | Destrucción de lesiones mediante método físico o químico, por informe | Servicio cubierto por Medicaid |
| D7471 | Extracción de exostosis lateral, maxilar o mandibular | 1 (D7471) por arco, de por vida. |
| D7472 | Extracción del rodete palatino | 1 (D7472) de por vida. |
| D7473 | Extracción del rodete mandibular | 1 (D7473) por cuadrante, de por vida. |
| D7485 | Reducción de una tuberosidad ósea | 1 (D7485) por cuadrante, de por vida. |

| Código | Descripción del código | Periodicidad |
|--------------|--|---|
| D7509 | Marsupialización de quiste odontógeno | 1 (D7509) por fecha de servicio. |
| D7510 | Incisión y drenaje de absceso, tejido blando intrabucal | Servicio cubierto por Medicaid |
| D7511 | Incisión y drenaje de absceso, tejido blando intrabucal, complicada | Servicio cubierto por Medicaid |
| D7520 | Incisión y drenaje de absceso, tejido blando extrabucal | Servicio cubierto por Medicaid |
| D7521 | Incisión y drenaje de absceso, tejido blando extrabucal, complicada | Servicio cubierto por Medicaid |
| D7530 | Extracción de un cuerpo extraño, mucosa, piel, tejido | Servicio cubierto por Medicaid |
| D7540 | Extracción de cuerpos extraños que producen una reacción, sistema musculoesquelético | Servicio cubierto por Medicaid |
| D7970 | Extirpación de tejido hiperplásico. por arco | 1 (D7970) por arco, cada 5 años del plan. |
| D7971 | Extirpación de encía con pericoronaritis | 1 (D7971) por diente de por vida. |
| D7972 | Reducción quirúrgica de una tuberosidad fibrosa | 1 (D7972) por cuadrante maxilar, de por vida. |

| Código | Descripción del código | Periodicidad |
|---------------|---|--|
| D9120 | Seccionamiento parcial de dentadura postiza fija | 1 (D9120) cada año del plan. |
| D9219 | Evaluación para sedación moderada, sedación profunda o anestesia general | 1 (D9219) por fecha de servicio, cuando se combina con un D9222* o D9239* solicitados. |
| D9222* | Sedación profunda/anestesia general, primer incremento de 15 minutos | Servicio cubierto por Medicaid |
| D9223 | Sedación profunda/anestesia general, cada incremento posterior de 15 minutos | 7 (D9223, D9225, D9243, D9245, D9247) por fecha de servicio. |
| D9224 | Administración de anestesia general con control avanzado de la vía aérea, primer incremento de 15 minutos o cualquier fracción de ese período | 1 (D9222, D9224, D9230, D9239, D9244, D9245) por fecha de servicio. |
| D9225 | Administración de anestesia general con control avanzado de la vía aérea, cada incremento posterior de 15 minutos o cualquier fracción de ese período | 7 (D9223, D9225, D9243, D9245, D9247) por fecha de servicio. |
| D9230 | Inhalación de óxido nitroso/analgesia, sedación mínima | 1 (D9222, D9224, D9230, D9239, D9244, D9245) por fecha de servicio. |
| D9239* | Sedación/analgesia intravenosa moderada (consciente), primer incremento de 15 minutos | Servicio cubierto por Medicaid |
| D9243 | Sedación/analgesia intravenosa moderada (consciente), cada incremento posterior de 15 minutos | 7 (D9223, D9225, D9243, D9245, D9247) por fecha de servicio. |

| Código | Descripción del código | Periodicidad |
|--------|---|---|
| D9244 | Administración de sedación mínima en el consultorio, medicamento único, enteral | 1 (D9222, D9224, D9230, D9239, D9244, D9245) por fecha de servicio. |
| D9245 | Administración de sedación moderada, enteral | 1 (D9222, D9224, D9230, D9239, D9244, D9245) por fecha de servicio. |
| D9310* | Consulta, que no sea con el dentista solicitante | Servicio cubierto por Medicaid |
| D9410 | Visita domiciliaria o al centro de atención prolongada | 1 (D9410, D9420, D9997) por fecha de servicio. |
| D9420 | Visita al hospital o al centro de cirugía ambulatoria | 1 (D9410, D9420, D9997) por fecha de servicio. |
| D9430 | Visita al consultorio, observación, horario regular, sin otros servicios | 2 (D0140*, D0160, D9310*, D9430, D9440) cada año del plan. |
| D9440 | Visita al consultorio, después del horario habitual | 2 (D0140, D0160, D9310, D9430, D9440) cada año del plan. |
| D9610* | Medicamento parenteral terapéutico, administración única | Servicio cubierto por Medicaid |
| D9612 | Medicamentos parenterales terapéuticos, dos o más administraciones, medicamentos diferentes | 1 (D9610*, D9612) por fecha de servicio. |
| D9911 | Aplicación de resina desensibilizante para la superficie cervical, de la raíz, por diente | 1 (D9911) por diente cada 2 años del plan. |

| Código | Descripción del código | Periodicidad |
|--------------|--|---|
| D9930 | Tratamiento de complicaciones, posquirúrgico, situaciones inusuales, según informe | 1 (D9930) por fecha de servicio. |
| D9932 | Limpieza e inspección de dentadura postiza completa removible, maxilar | 1 (D9932-D9935) cada 2 años del plan, no dentro de los seis meses posteriores a la entrega de la dentadura postiza. |
| D9933 | Limpieza e inspección de dentadura postiza completa removible, mandibular | 1 (D9932-D9935) cada 2 años del plan, no dentro de los seis meses posteriores a la entrega de la dentadura postiza. |
| D9934 | Limpieza e inspección de dentadura postiza parcial removible, maxilar | 1 (D9932-D9935) cada 2 años del plan, no dentro de los seis meses posteriores a la entrega de la dentadura postiza. |
| D9935 | Limpieza e inspección de dentadura postiza parcial removible, mandibular | 1 (D9932-D9935) cada 2 años del plan, no dentro de los seis meses posteriores a la entrega de la dentadura postiza. |
| D9942 | Reparación o recubrimiento de la férula oclusal | 1 (D9942) cada 2 años del plan, no dentro de los seis meses posteriores a la entrega del dispositivo |
| D9944 | Férula oclusal, dispositivo duro, arco completo | 1 (D9944-D9946) cada 5 años del plan. |
| D9945 | Férula oclusal, dispositivo blando, arco completo | 1 (D9944-D9946) cada 5 años del plan. |
| D9946 | Férula oclusal, dispositivo duro, arco parcial | 1 (D9944-D9946) cada 5 años del plan. |
| D9951 | Ajuste oclusal, limitado | 1 (D9951) cada 2 años del plan. |

| Código | Descripción del código | Periodicidad |
|--------------|--|--|
| D9997 | Administración de casos dentales, pacientes con necesidades especiales | 1 (D9410, D9420, D9997) por fecha de servicio. |

Limitaciones:

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

Exclusiones:

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



By
meridian.



HealthChoice
Illinois

Fecha de finalización del tratamiento

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

Autorización previa

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



By
meridian.



HealthChoice
Illinois

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.



By
meridian.



HealthChoice
Illinois

Esta página se dejó en blanco intencionalmente