

Detalles de los Beneficios Dentales

2023

Este documento proporciona detalles adicionales acerca de los beneficios dentales suplementarios que están cubiertos bajo nuestro plan. Para obtener más información sobre este documento o sus beneficios dentales, póngase en contacto con Servicios para Miembros 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 identificación de Miembro.

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

Estado	Paquete de Beneficios del Plan	Nombre del Plan
AR	H9630002000	Wellcare No Premium (HMO)
AR	H9630003000	Wellcare No Premium Select (HMO)
AR	H9630009000	Wellcare Patriot No Premium (HMO)

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Beneficios Dentales Cubiertos: nuestro plan tiene un contrato con Delta Dental Plan of Arkansas para administrar los beneficios dentales cubiertos que se describen a continuación. Consulte su *Evidencia de Cobertura* del 2023 para conocer cualquier gasto compartido aplicable y el beneficio máximo.

IMPORTANTE: si recibe servicios de un dentista que NO participa en la red de este plan dental, USTED SERÁ RESPONSABLE del costo total de esos servicios y nosotros no realizaremos ningún pago.

*Tenga en cuenta que ciertos procedimientos pueden requerir una revisión rutinaria o información de diagnóstico, como radiografías o expedientes de tratamiento del paciente para el procesamiento de reclamaciones y determinaciones de pago final. Si necesita más aclaraciones sobre su cobertura y beneficios, solicite a su dentista una determinación de la organización previa al servicio.

Programa de Beneficios Dentales del 2023

Código	Descripción	Limitaciones de Beneficios
D0100-D0999 Diagnóstico		
D0120	evaluación oral periódica - paciente registrado	Dos veces por año calendario
D0140	evaluación oral limitada - centrada en el problema	Según sea necesario para el diagnóstico de la situación de emergencia
D0150	evaluación oral completa - paciente nuevo o registrado	Una vez cada 36 meses
D0160	evaluación detallada y exhaustiva de la salud bucal - centrada en el problema, por informe	Una vez cada 36 meses
D0180	evaluación periodontal completa - paciente nuevo o registrado	Una vez por año calendario
D0190	examen de detección de un paciente	Una vez por año calendario
D0210	intraoral - serie completa	Una vez cada 5 años
D0220*, D0230*	intraoral - imagen periapical	Servicio cubierto
D0240*	intraoral - imagen oclusal	Servicio cubierto
D0250*	extraoral - imagen radiográfica con proyección en 2D creada mediante el uso de una fuente de radiación estacionaria y un detector	Servicio cubierto
D0270, D0272, D0273, D0274, D0277	radiografías interproximales	Una vez por año calendario (se pagan hasta cuatro radiografías individuales por año calendario).
D0330	radiografía panorámica	Una vez cada 5 años
D0419	evaluación del flujo salival por medición	Una vez cada 3 años
D0431*	prueba de prediagnóstico complementaria que ayuda a detectar	Servicio cubierto

Código	Descripción	Limitaciones de Beneficios
	anomalías de las mucosas, incluidas las lesiones premalignas y malignas, pero no los procedimientos de citología o biopsia	
D0460	pruebas de vitalidad pulpar	Se paga por visita, no por diente, para el diagnóstico de condiciones de emergencia
D0999*	procedimiento de diagnóstico no especificado, por informe	Beneficio determinado por la revisión del consultor
D1000-D1999 Preventivo		
D1110*	profilaxis - adulto	Cuatro por año calendario (D4355 y D4910 cuentan para este beneficio).
D1206, D1208	aplicación tópica de flúor	Una vez por año calendario
D2000-D2999 Restaurativo		
D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2390	amalgama y compuesto a base de resina	Las restauraciones con amalgama y resina compuesta se pagan una vez cada dos años, el mismo diente y la misma superficie, sin importar el número o la combinación de restauraciones colocadas sobre una superficie
D2391, D2392, D2393, D2394	compuesto a base de resina - posterior	Las restauraciones con amalgama y resina compuesta se pagan una vez cada dos años, el mismo diente y la misma superficie, sin importar el número o la combinación de restauraciones colocadas sobre una superficie
D2542, D2543, D2544	incrustación - metálica	Una vez cada 5 años
D2642, D2643, D2644	incrustación - porcelana o cerámica	Una vez cada 5 años
D2662, D2663, D2664	incrustación - compuesto a base de resina	Una vez cada 5 años
D2710*, D2712*, D2720*, D2721*, D2722*, D2740*, D2750*, D2751*, D2752*, D2753*, D2783*	corona - compuesto a base de resina o cerámica de porcelana	Una vez cada 5 años
D2780*, D2781*, D2782*	corona - 3/4 de yeso	Una vez cada 5 años
D2790*, D2791*, D2792*, D2794*	corona - yeso completo	Una vez cada 5 años

Código	Descripción	Limitaciones de Beneficios
D2910*	volver a cementar o a unir incrustación, recubrimiento, carilla o restaurar cobertura parcial	Servicio cubierto
D2915*	volver a cementar o a unir perno y muñón indirectamente fabricados o prefabricados	Servicio cubierto
D2920*	volver a cementar o a unir corona	Servicio cubierto
D2921*	reimplantación de fragmento de diente, borde o cúspide incisal	Servicio cubierto
D2928*, D2929*, D2930*, D2931*, D2932*, D2933*, D2934*	corona prefabricada	Servicio cubierto
D2940	restauración protectora	Una vez por diente de por vida. Se considera como parte de la cuota cuando se realiza junto con una restauración definitiva, recubrimiento pulpar indirecto o tratamiento de endodoncia (incluida la pulpotomía)
D2941	restauración terapéutica provisional - dentición primaria	Una vez por diente primario
D2950*	reconstrucción de muñón, incluye pernos cuando sea requerido	Una vez cada 5 años
D2951*	retención del perno - por diente, adicional a la restauración	Una vez por diente de por vida
D2952*, D2954*	perno y muñón además de corona	Una vez cada 5 años
D2955*	extracción de perno	Servicio cubierto
D2971*	procedimientos adicionales para construir una nueva corona bajo la estructura de la dentadura parcial existente	Servicio cubierto
D2980*, D2981*, D2982*, D2983*	reparación necesaria por falla de material restaurativo	Servicio cubierto
D2999*	procedimiento restaurativo no especificado, por informe	Beneficio determinado por la revisión del consultor
D3000-D3999 Endodoncia		
D3220*	pulpotomía terapéutica (no incluye la restauración final) - extracción de la pulpa coronal hasta la unión dentinocemental y aplicación de medicamento	Servicio cubierto
D3221*	desbridamiento pulpar, dientes primarios o permanentes	Servicio cubierto

Código	Descripción	Limitaciones de Beneficios
D3222*	pulpotomía parcial para apexogénesis - diente permanente con desarrollo de raíz incompleto	Una vez por diente de por vida; el beneficio adicional requerirá revisión
D3230*, D3240*	terapia pulpar (obturación reabsorbible) - cualquier diente (sin incluir la restauración final)	Servicio cubierto
D3240*	tratamiento pulpar (obturación reabsorbible) - diente posterior primario (sin incluir la restauración final)	Servicio cubierto
D3310*, D3320*, D3330*	terapia de endodoncia (sin incluir la restauración definitiva)	Servicio cubierto
D3332*	terapia de endodoncia incompleta; diente inoperable, no restaurable o fracturado	Servicio cubierto
D3333*	reparación de la raíz interna por defectos de perforación	Servicio cubierto
D3346*, D3347*, D3348*	retratamiento de terapia de conducto radicular previa	Servicio cubierto
D3351*, D3352*, D3353*	apexificación/recalcificación - (cierre apical/reparación calcífica de perforaciones, reabsorción radicular, conducto radicular, desinfección de la cavidad pulpar, etc.)	Servicio cubierto
D3410*, D3421*, D3425*	apicectomía	Servicio cubierto
D3426*	apicectomía (cada raíz adicional)	Servicio cubierto
D3430*	obturación retrógrada - por raíz	Servicio cubierto
D3450*	amputación radicular - por raíz	Servicio cubierto
D3471*, D3472*, D3473*	reparación quirúrgica de la reabsorción radicular	Servicio cubierto
D3501*, D3502*, D3503*	exposición quirúrgica de la superficie radicular sin apicectomía o reparación de la reabsorción radicular	Servicio cubierto
D3920*	hemisección (incluida cualquier extirpación de la raíz), sin incluir la terapia de endodoncia	Servicio cubierto
D3999*	procedimiento de endodoncia no especificado, por informe	Beneficio determinado por la revisión del consultor
D4000-D4999 Periodoncia		
D4210*, D4211*	gingivectomía o gingivoplastia	Una vez cada 36 meses

Código	Descripción	Limitaciones de Beneficios
D4240*, D4241*	procedimiento de colgajo gingival, incluido el alisado radicular	Una vez cada 36 meses
D4245*	colgajo en posición apical	Servicio cubierto
D4249*	alargamiento clínico de la corona - tejido duro	Una vez por diente cada 24 meses
D4260*, D4261*	cirugía ósea (incluida la elevación de un colgajo de espesor total y cierre)	Una vez cada 36 meses
D4263*, D4264*	injerto de reemplazo óseo - diente natural retenido	Una vez cada 36 meses
D4265*	materiales biológicos para ayudar en la regeneración del tejido blando y óseo	Una vez cada 36 meses
D4266*, D4267*	regeneración de tejido guiada	Una vez cada 36 meses
D4268*	procedimiento de revisión quirúrgica, por diente	Una vez cada 36 meses
D4270*	procedimiento de injerto de tejido blando pediculado	Una vez cada 36 meses
D4273*, D4277*, D4278*	procedimiento de injerto de tejido blando libre (incluida la cirugía en la zona del destinatario y del donante)	Una vez cada 36 meses
D4274*	procedimiento de injerto del tejido conectivo autógeno (incluidas las zonas quirúrgicas del donante y del destinatario), posición del primer diente, implante o espacio edéntulo en el injerto	Servicio cubierto
D4275*	procedimiento de cuña mesial/distal, de un solo diente (cuando no se realiza junto con procedimientos quirúrgicos en la misma zona anatómica)	Una vez cada 36 meses
D4276*, D4283*, D4285*	injerto de tejido conectivo (incluida la zona del destinatario y el material del donante)	Una vez cada 36 meses
D4341*, D4342*	raspado periodontal y alisado radicular	No más de 2 cuadrantes de raspado y alisado radicular en la misma fecha de servicio
D4346*	raspado en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave - boca completa, después de la evaluación oral	Incluido en la frecuencia de limpieza de cuatro veces por año calendario
D4355*	desbridamiento bucal completo para permitir una evaluación y diagnóstico oral completos en una visita posterior	Una vez de por vida; cuenta con la frecuencia de limpieza de cuatro veces por año calendario

Código	Descripción	Limitaciones de Beneficios
D4381*	administración localizada de agentes antimicrobianos	Servicio cubierto
D4910*	mantenimiento periodontal	Incluido en la frecuencia de limpieza de cuatro veces por año calendario
D4999*	procedimiento periodontal no especificado, por informe	Beneficio determinado por la revisión del consultor
D5000-D5899 Prosthodontia (extraíble)		
D5110*, D5120*, D5130*, D5140*	dentadura postiza completa/inmediata	Una vez cada cinco años
D5211*, D5212*, D5213*, D5214*	dentadura postiza parcial - base de resina (que incluye los materiales de retención/enganche, apoyos y dientes)	Una vez cada 5 años
D5221*, D5222*, D5223*, D5224*	dentadura postiza parcial inmediata - base de resina (que incluye los materiales de retención/enganche, apoyos y dientes)	Una vez cada 5 años
D5225*, D5226*	dentadura postiza parcial - base flexible (que incluye ganchos, apoyos y dientes)	Una vez cada 5 años
D5227*, D5228*	dentadura postiza parcial inmediata - base flexible (que incluye ganchos, apoyos y dientes)	Una vez cada 5 años
D5282*, D5283*, D5284*, D5286*	dentadura postiza parcial unilateral removible (incluidos ganchos y dientes), maxilar	Una vez cada 5 años
D5410*, D5411*, D5421*, D5422*	ajuste de la dentadura postiza completa/parcial	Servicio cubierto
D5511*, D5512*, D5611*, D5612*, D5621*, D5622*, D5630*	reparación de dentadura postiza rota parcial o completa	Servicio cubierto
D5520*	reemplazo de dientes faltantes o rotos - dentadura postiza completa (cada diente)	Servicio cubierto
D5640*	reemplazo de dientes rotos - por diente	Servicio cubierto
D5650*	agregado de diente a dentadura postiza parcial existente	Servicio cubierto
D5660*	agregado de gancho a dentadura postiza parcial existente - por diente	Servicio cubierto
D5670*, D5671*	reemplazar todos los dientes y el acrílico en la estructura de metal fundido	Servicio cubierto
D5710, D5711, D5720, D5721	rebase de la dentadura postiza completo o parcial	Una vez cada 36 meses

Código	Descripción	Limitaciones de Beneficios
D5725	rebase de prótesis híbrida	Una vez cada 5 años
D5730, D5731, D5740, D5741, D5750, D5751, D5760, D5761	realineación completa o parcial de dentadura postiza	Una vez cada 36 meses
D5765	revestimiento blando para dentadura postiza removible completa o parcial	Una vez cada 36 meses
D5820, D5821	dentadura parcial provisional	A pagar por la sustitución de dientes anteriores permanentes durante el período de cicatrización
D5850, D5851	acondicionamiento de tejidos	Dos veces cada 36 meses
D5899*	procedimiento prostodóntico extraíble no especificado, por informe	Beneficio determinado por la revisión del consultor
D5931*	prótesis obturadora, quirúrgica	Sujeto a revisión
D5999*	prótesis maxilofacial no especificada, por informe	Beneficio determinado por la revisión del consultor
D6000-D6199 Servicios de implantes		
D6080*	procedimientos de mantenimiento de implantes - cuando se retiran y reinsertan las prótesis, incluida la limpieza de las prótesis y los pilares	Una vez cada 12 meses
D6090*	reparación de prótesis sobre implantes, por informe	Servicio cubierto
D6092*, D6093*	recementación de corona o dentadura postiza parcial fija sobre implante/pilar	Servicio cubierto
D6095*	reparación del pilar del implante, por informe	Servicio cubierto
D6096*	extracción de tornillo de retención del implante roto	Una vez cada 5 años
D6200-D6999 Prostodoncia (fija)		
D6205*, D6245*	póntico - compuesto indirecto a base de resina o porcelana/cerámica	Una vez cada 5 años
D6210*, D6211*, D6212*, D6214*	póntico	Una vez cada 5 años
D6240*, D6241*, D6242*, D6243*	póntico - porcelana fundida	Una vez cada 5 años
D6245*	póntico - porcelana/cerámica	Una vez cada 5 años
D6250*, D6251*, D6252*	póntico - resina	Una vez cada 5 años
D6545*	retenedor - metal fundido para prótesis fijas unidas con resina	Una vez cada 5 años por revisión del consultor

Código	Descripción	Limitaciones de Beneficios
D6548*	retenedor - porcelana/cerámica para prótesis fijas unidas con resina	Una vez cada 5 años
D6549*	retenedor de resina - para prótesis fijas unidas con resina	Una vez cada 5 años
D6600*, D6601*	incrustación retenedora - porcelana/cerámica	Una vez cada 5 años
D6602*, D6603*	incrustación retenedora - metal altamente noble fundido	Una vez cada 5 años por revisión del consultor
D6604*, D6605*	incrustación retenedora - metal básico predominantemente fundido	Una vez cada 5 años por revisión del consultor
D6606*, D6607*	incrustación retenedora - metal noble fundido	Una vez cada 5 años por revisión del consultor
D6608*, D6609*	recubrimiento retenedor - porcelana/cerámica	Una vez cada 5 años
D6610*, D6611*	recubrimiento retenedor - metal altamente noble fundido	Una vez cada 5 años por revisión del consultor
D6612*, D6613*	recubrimiento retenedor- metal básico predominante fundido	Una vez cada 5 años por revisión del consultor
D6614*, D6615*	recubrimiento retenedor- metal noble fundido	Una vez cada 5 años por revisión del consultor
D6624*	incrustación retenedora - titanio	Una vez cada 5 años por revisión del consultor
D6634*	recubrimiento retenedor - titanio	Una vez cada 5 años por revisión del consultor
D6710*	corona retenedora - compuesto a base de resina indirecto	Una vez cada 5 años
D6720*, D6721*, D6722*	corona retenedora - resina con metal altamente noble	Una vez cada 5 años
D6740*	corona retenedora - porcelana/cerámica	Una vez cada 5 años
D6750*, D6751*, D6752*, D6753*	corona retenedora - porcelana fusionada con metal altamente noble	Una vez cada 5 años
D6780*, D6781*, D6782*, D6784*	corona retenedora - 3/4 de yeso	Una vez cada 5 años por revisión del consultor
D6783*	corona retenedora - 3/4 de porcelana/cerámica	Una vez cada 5 años
D6790*, D6791*, D6792*, D6794*	corona retenedora - yeso completo	Una vez cada 5 años por revisión del consultor
D6930*	volver a cementar o a unir dentadura postiza parcial fija	Servicio cubierto
D6980*	reparación de dentadura postiza parcial fija necesaria por falla de material restaurativo	Servicio cubierto

Código	Descripción	Limitaciones de Beneficios
D6999*	procedimiento prostodóntico fijo no especificado, por informe	Beneficio determinado por la revisión del consultor
D7000-D7999 Cirugía oral y maxilofacial		
D7111*	extracción, restos coronales - diente primario	Una vez por diente de por vida
D7140*	extracción de diente erupcionado o raíz expuesta (elevación o extracción con pinzas)	Una vez por diente de por vida
D7210*	extracción de diente erupcionado que requiere extracción de hueso y/o seccionamiento del diente, incluida la elevación de colgajo mucoperióstico si se indica	Una vez por diente de por vida
D7220*, D7230*, D7240*	extracción del diente impactado	Una vez por diente de por vida
D7241*	extracción de diente impactado - completamente óseo, con complicaciones quirúrgicas inusuales	Una vez por diente de por vida
D7250*	extracción de restos radiculares (procedimiento de corte)	Una vez por diente de por vida
D7251*	coronectomía: extracción parcial intencional del diente	Una vez por diente de por vida
D7270*	reimplantación dental y/o estabilización de piezas dentales perdidas o desplazadas por accidente	Servicio cubierto
D7280*	exposición de un diente sin erupción	Una vez por diente de por vida
D7282	movilización de dientes erupcionados o mal posicionados para ayudar a la erupción	Una vez por diente de por vida
D7283*	colocación del dispositivo para facilitar la erupción del diente impactado	Servicio cubierto
D7286	biopsia de tejido oral - blando	Sujeto a los servicios con los que se realiza conjuntamente. Se recomienda encarecidamente la predeterminación.
D7288*	biopsia con cepillo - obtención de muestra transepitelial	Servicio cubierto
D7290*	reposicionamiento quirúrgico de dientes	Servicio cubierto
D7291*	fibrotomía transeptal/fibrotomía supracrestal, por informe	Servicio cubierto
D7310*, D7311*	alveoloplastia junto con extracciones - por cuadrante	Servicio cubierto

Código	Descripción	Limitaciones de Beneficios
D7320*, D7321*	alveoloplastia sin extracciones - por cuadrante	Servicio cubierto
D7510*	incisión y drenaje de absceso - tejido blando intraoral	Servicio cubierto
D7511*	incisión y drenaje de absceso - tejido blando intraoral - complejo (incluye drenaje de múltiples espacios fasciales)	Servicio cubierto
D7960*	frenulectomía	Servicio cubierto
D7963*	frenuloplastia	Servicio cubierto
D7910*	sutura de heridas pequeñas recientes de hasta 5 cm	Servicio cubierto
D7970*	extirpación de tejido hiperplásico - por arco	Servicio cubierto
D7971*	extirpación de encía pericoronar	Servicio cubierto
D7999*	procedimiento quirúrgico oral no especificado, por informe	Beneficio determinado por la revisión del consultor
D9000-D9999 Servicios generales complementarios		
D9110	tratamiento paliativo de dolor dental (de emergencia) - procedimiento menor	Según sea necesario para el diagnóstico de la situación de emergencia
D9120*	seccionamiento parcial de dentadura postiza fija	Servicio cubierto
D9222, D9223	sedación profunda/anestesia general	Pagado junto con los servicios que califiquen
D9230*	inhalaación de óxido nitroso/analgesia, ansiólisis	Servicio cubierto
D9239, D9243	sedación/analgesia intravenosa moderada (consciente)	Pagado junto con los servicios que califiquen
D9248	sedación no intravenosa (consciente)	Pagado junto con los servicios que califiquen
D9310*	consulta - servicio de diagnóstico proporcionado por un dentista o médico distinto al dentista o médico que lo solicitó	Servicio cubierto
D9410*	llamada a casa o al centro de atención prolongada	Requiere revisión por parte del consultor
D9420*	llamada al hospital o al centro de cirugía ambulatoria	Requiere revisión por parte del consultor
D9440	visita al consultorio - después de horas programadas regularmente	Según sea necesario para el diagnóstico de la situación de emergencia
D9610*	medicamento parenteral terapéutico, único	Servicio cubierto

Código	Descripción	Limitaciones de Beneficios
D9612*	medicamento parenteral terapéutico, dos o más	Servicio cubierto
D9630*	medicamentos dispensados en la oficina para uso doméstico	Servicio cubierto
D9930*	tratamiento de complicaciones (posquirúrgico) - circunstancias inusuales, por informe	Servicio cubierto
D9944, D9945, D9946	protector oclusal	Una vez cada 60 meses
D9951	ajuste oclusal - limitado	A pagar tres veces cada 5 años
D9952	ajuste oclusal - completo	A pagar una vez cada 5 años
D9999*	procedimiento complementario no especificado, por informe	Beneficio determinado por la revisión del consultor

Limitaciones:

- Las radiografías interproximales no se pagan en el mismo año que se ha pagado una radiografía de toda la boca, que incluye la interproximal.
- Las coronas o recubrimientos solo se pagan en caso de pérdida extensa de la estructura dental, del 50% o más, debido a caries (deterioro) o fractura (pérdida o movilidad de la estructura dental).
- Las coronas individuales sobre los implantes se pagan al nivel del beneficio de prostodoncia.
- Tratamiento opcional: Si usted selecciona un servicio más caro del que se proporciona habitualmente, se puede hacer un subsidio de beneficio alternativo para ciertos servicios basado en la tarifa por el servicio proporcionado habitualmente. Usted es responsable de la diferencia de costes. Por ejemplo:
 - Incrustaciones, independientemente del material utilizado - Pagaremos solo el monto que pagaríamos por una restauración de amalgama o resina compuesta, si estuviera cubierta.
 - Puentes de porcelana/cerámica - Solo pagaremos el monto que pagaríamos por un puente convencional fijo, si estuviera cubierto.
 - Dentadura postiza completa o parcial con soporte de implante/pilar - Pagaremos solo el monto que pagaríamos por una dentadura postiza convencional, si estuviera cubierta.
- Si los servicios o suministros dentales cubiertos están sujetos a un deducible, pagaremos por los servicios cubiertos o suministros después de que usted haya cumplido con el monto del deducible.

Exclusiones:

- Servicios o suministros para la corrección de malformaciones congénitas o del desarrollo.
- Servicios de odontología cosmética o cirugía por razones estéticas.
- Gastos por hospitalización, análisis de laboratorio y exámenes histopatológicos.
- Cargos por no mantener 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 de hospital, quirúrgico/médico (incluido Medicare Advantage) o de medicamentos recetados.
- 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 o onlays) para aumentar la dimensión vertical; para alterar, restaurar o mantener la oclusión; para reemplazar la pérdida de la estructura dental resultante del desgaste, abrasión, abfracción o erosión; o para el entablillado periodontal.
- Enjuagues bucales con flúor, fluoruros autoaplicados o medicamentos desensibilizantes.
- Medicamentos para la prevención de la caries.
- Servicios o suministros que no figuren en la Tabla de Beneficios anterior.
- Servicios o suministros que excedan el beneficio máximo o las limitaciones del plan.

Fecha de Finalización del Tratamiento

La fecha en que se completa el tratamiento. Algunos procedimientos pueden requerir más de una cita antes de que se puedan completar. El tratamiento ha finalizado:

- Para dentaduras postizas y dentaduras postizas parciales en las fechas de entrega;
- Para coronas y puentes, en la fecha de cementación permanente;
- Para tratamientos de endodoncia y periodontales, en la fecha del procedimiento final que completó el tratamiento.

Determinaciones de organización previas al servicio

Su dentista o usted pueden solicitar una decisión de cobertura para determinar si califica para un servicio dental que puede estar cubierto por este plan. La aprobación para el 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.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.